

ADAM KARCZEWSKI

Graf. B. Wierzbicki i S-ka w Warszawie.

PRZEGLĄD

Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM II. ZESZYT II. MARZEC. KWIECIEŃ. 1910.

Ś. p. Adam Karczewski.

Wspomnienie pośmiertne.

Chirurgia polska, której w ostatnich latach los nie szczędzi ciężkich ciosów, znowu poniosła ciężką stratę przez śmierć jednego z najwybitniejszych przedstawicieli swoich — ś. p. Adama Karczewskiego, ordynatora oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Zgasł on w chwili największego rozwoju sił duchowych, w chwili, gdy zdawało się, że dane mu będzie nareszcie korzystać z owoców ciężkiej, długoletniej pracy i w całej pełni rozwinąć działalność zawodową ku chlubie nauki naszej.

Ś. p. A. Karczewski, urodzony w r. 1860 w Warszawie, gimnazyum ukończył w Płocku. W roku 1879 wstąpił na Uniwersytet Warszawski, ukończył zaś studya w Akademii lekarskiej w Petersburgu w roku 1884, poczem w ciągu 4 lat pełnił obowiązki lekarza szpitalnego w Baku.

W r. 1889 wraca Karczewski do Warszawy i wstępuje do oddziału ś. p. Władysława Krajewskiego. Ceniony niezwykle przez kierownika tegoż dla swej pracowitości, krytycyzmu i wielu innych zalet osobistych, ś. p. Karczewski wkrótce zostaje jego prawą ręką zarówno w szpitalu, jak i w rozległej już naówczas praktyce prywatnej Krajewskiego.

Przez długie lata ś. p. Karczewski, oddany szpitalowi i niezmordowanej pracy nad sobą, pozostawał w cieniu, a zalety jego, jako wytrawnego klinicysty i operatora, znane były zaledwie wśród bliższych kolegów szpitalnych.

Dopiero po śmierci Krajewskiego, już jako ordynator oddziału chirurgicznego, Karczewski odrazu wysunął się na szerszą arenę i w bardzo krótkim czasie dał się poznać ogółowi lekarzy i licznej rzeszy chorych jako chirurg wybitny, umysł ścisły i krytyczny.

Zanim przejdziemy do scharakteryzowania zawodowej działalności Karczewskiego, zatrzymać się musimy nad sympatyczną nad wyraz cechą tej wybitnej indywidualności—mianowicie nad czcią, którą Karczewski żywił zawsze dla pamięci mistrza i przewodnika swego — Krajewskiego.

Wyrazem czci tej jest tablica pamiątkowa, zdobiąca pierwszy pawilon szpitala Dzieciątka Jezus, ufundowana przez uczniów Krajewskiego i powstała głównie dzięki zapoczątkowaniu Karczewskiego. Pamiętamy wszyscy, w jak ciepłych i serdecznych słowach podnosił Karczewski wielkie zasługi swego przewodnika dla oddziału i nauki polskiej — podczas odsłonięcia tablicy pamiątkowej, wyrażając gorące życzenie, aby duch mistrza unosił się stale nad tem polem jego ciężkiej, a tak owocnej pracy.

Karczewski był naturą zamkniętą w sobie, skrytą. Ten tylko, kto miał sposobność obcowania z nim w ciągu długiego szeregu lat niemal codziennie w sali operacyjnej i przy łóżku chorego, wie, że pod pozorami sztywności, graniczącej nieraz z chłodem, kryło się serce, wrażliwe na niedolę bliźniego i nad wyraz wyrozumiałe na ułomności ludzkie.

To też najbliższe grono kolegów i asystentów miało w Karczewskim zawsze życzliwego i oddanego przewodnika i doradcę.

Zdolności dydaktyczne Karczewskiego były niepospolite; ujawniały się one zarówno podczas badania chorego, jak i na stałych posiedzeniach naukowych w mieszkaniu Jego, zapoczątkowanych jeszcze przez Krajewskiego.

Przechodząc do działalności Karczewskiego, jako chirurga-praktyka, zaznaczyć należy, że była ona nadzwyczaj wszechstronna. Nie było dziedziny, w której by doskonała technika jego nie tryumfowała zawsze nad trudnościami.

Jednakże odziedziczone niejako po Krajewskim zamiłowanie do chirurgii jamy brzusznej uczyniło z niej ulubiony zakres działalności praktycznej Karczewskiego.

Technikę operowania w jamie brzusznej w warunkach nawet najniepomyślniejszych, a zwłaszcza metodykę odgraniczania pola operacyjnego od pozostałej jamy otrzewnej podniósł on do wysokiego stopnia doskonałości.

Ta technika sumienna i dokładna w połączeniu ze zdolnością szybkiego oryentowania się co do charakteru i umiejscowienia sprawy chorobowej — pozwoliła ś. p. Karczewskiemu wykonywać z powodzeniem najtrudniejsze operacye w jamie brzusznej.

Wspomnę tu o zamykaniu przetok kałowych i odbytu sztucznego i dodam, że Karczewski zawsze stosował w tych razach metodę, polegającą na otwarciu przedewszystkiem wolnej jamy brzusznej zdala od przetoki i docieraniu na tej drodze do pozlepianych i skłębionych pętlic jelita.

Jedną z ulubionych operacyi zmarłego było usuwanie macicy przez cięcie brzuszne z powodu wielkich mięśniaków. Operacyi tych wykonał Karczewski sposobem Doyena kilkadziesiąt. Wyniki jego były doskonałe, a szybkość i pewność, z jaką zabieg ten wykonywał, wzbudzały w otoczeniu szczery szacunek dla jego techniki operacyjnej.

Nie mniej chętnie i często operował Karczewski na szyi. Tu wycięcie wola dawało mu sposobność do rozwinięcia wszystkich zalet doskonałego operatora. Tę trudną i niebezpieczną operacyę robił Karczewski bardzo szybko i prawie bezkrwawo.

Puścizna literacka Karczewskiego zawiera wiele prac poważnych, które wzbogaciły piśmiennictwo nasze. Za najściślejszą i najbardziej zajmującą uważać należy obszerną rozprawę o ciąży śródmiąższowej. Praca ta, świadcząca o olbrzymiem oczytaniu, o olbrzymiej znajomości piśmiennictwa Karczewskiego, stanowi wyczerpującą krytykę piśmiennictwa odnośnego i posiada dla nauki wartość niepoślednią. Karczewski ustalił tu dwie postacie kliniczne ciąży śródmiąższowej, zależnie od tego, czy łożysko jaja powstaje kosztem bocznej ściany, czy też dna macicy. Zaznacza on równocześnie, że rozpoznanie ciąży śródmiąższowej jest trudne i że dopiero zbadanie anatomiczne usuniętej macicy wraz z guzem potwierdzić może rozpoznanie kliniczne. Ale nietylko pracami oryginalnemi wzbogacił Karczewski piśmiennictwo chirurgiczne nasze: dokonał on przekładu dwu pożytecznych podręczników, z których na szczególną uwa-

gę zasługuje „Wykład chirurgii operacyjnej“ Kochera. Odczuwając dotkliwie brak takiego podręcznika oryginalnego, Karczewski tem chętniej podjął się dokonania przekładu dzieła, posiadającego wartość stałą.

Niezależnie od własnych prac literackich, Karczewski przysłużył się dobrze piśmiennictwu ojczystemu, biorąc czynny udział w zapoczątkowanem przez W. Krajewskiego wydawnictwie „Przeglądu chirurgicznego“, którego w ostatnich latach (1901—1902) wraz z Krajewskim i Grosglikiem był współredaktorem.

S. p. Karczewski był również jednym z najgorliwszych inicyatorów „Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego“. Jako członek Komitetu redakcyjnego brał czynny udział w pracach przedwstępnych, dotyczących wydawnictwa. Niestety, ciężka niemoc przerwała i tę pożyteczną stronę jego działalności.

Czem był Karczewski dla Towarzystwa lekarskiego, wiedzą dobrze ci, którzy widywali go na każdem niemal posiedzeniu zarówno klinicznem, jak i sekcyi chirurgicznej. Przemówienia jego zawsze były logiczne, uzasadnione, mające ścisły związek z przedmiotem, poruszanym w danej chwili. Karczewskiego słuchano chętnie, z zaciekawieniem i w przeświadczeniu, że przemawiającego ożywia zawsze szczera chęć przysłużenia się sprawie nauki.

Przedwcześnie odszedł nas lekarz wybitny, człowiek prawy i dobry. Pamięć o nim zostanie, czyny jego nie przebrzmią bez echa, a puścizna, jaką nam zostawił, zawsze świadczyć będzie o pracowitym i pożytecznym żywocie jego.

A. WERTHEIM.

SPIS PRAC ORYGINALNYCH A. KARCZEWSKIEGO.

1. O wlewaniu rozczynu soli kuchennej przy cholerze. Medycyna 1892.

2. Kilka przypadków ran drążących brzucha. Przegl. Chir. 1893/4.

3. W sprawie zapobiegania gorączce połogowej. Zdrowie 1894.

4. Przyczynek do leczenia posocznicy. Przegl. Chir. 1894/5.

5. Przypadek całkowitego wypadnięcia macicy u 15 letniej dziewczyny. Kron. lek. 1895.

6. Kilka słów w sprawie dyskrecyi lekarskiej. Kron. lek. 1896.

7. Pogotowie ratunkowe. Kron. lek. 1896.

8. Einige geschichtliche Bemerkungen ueber die Spaltungsmethode bei Vesicovaginalfisteln. Centralbl. f. Gynäck. 1896.

9. Odpowiedź na kilka słów w kwestyi słownictwa. Kron. lek. 1898.

10. Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego o niezwykle ciężkim przebiegu. Czasop. lek. 1901.

11. Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10 letniej, skręcenie szypuły, skręt kiszki esowatej. Medycyna 1903. Centralbl. f. Gyn. 1903.

12. Przypadek skrętu kątnicy (Volvulus coeci). Medycyna. 1904.

13. W sprawie operacyjnego leczenia ropienia popołogowego sutki. Ginekologia 1904.

14. Pociągadło. Ginekologia 1904.

15. Przyczynek do dziejów ginekologii polskiej. Ginekologia 1904.

16. Przyczynek do leczenia operacyjnego *coxae varae*. Medycyna 1904.

17. O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wynicowania macicy (Karczewski i Koronkiewicz). Odczyty kliniczne ser. XVI № 9. 1904.

18. O ciąży śródmiąższowej. Medycyna 1907.

PRZEKŁADY.

1. Krótki podręcznik chorób kobiecych A. Duehrssena (W. Janowski i A. Karczewski).

2. Wykład chirurgii operacyjnej Kochera.

PRZEMÓWIENIE D-ra ANDRZEJA CIECHOMSKIEGO NAD GROBEM Ś. P. ADAMA KARCZEWSKIEGO.

Ubył z grona lekarzy warszawskich człowiek niepospolity, chirurg wielkiej miary, kolega wzorowy, ubył mi towarzysz pracy serdeczny i nieoceniony.

Nieubłagana śmierć przecięła pasmo dni jego wówczas, gdy, zaledwie wywalczywszy sobie samodzielność i uznanie, począł tylko co zażywać owoców swej niesłychanie ciężkiej pracy i snuć szerokie plany na przyszłość, pragnąc oddać społeczeństwu swemu z naddatkiem to, co od niego zaczerpnął.

Śmierć Karczewskiego jest jednem z ogniw tego łańcucha nieszczęść, jaki zawisł zaiste nad szpitalem Dz. Jezus.

Iluż to ludzi wybitnych w ciągu ostatnich lat tak niewielu zgasło przedwcześnie z prawdziwą dla nauki naszej stratą; jedni z nich już byli dosięgli szczytu sławy i uznania, inni szybko zmierzali ku niemu, i ci i tamci niespodziewanie strąceni zostali w pełni sił i energii, gdy chęć czynu rozsadzała ich piersi.

Jeszcze nie przebrzmiało głośne echo żalu po nich, jeszcze łza nie oschła na powiekach naszych, jeszcze przed oczyma naszemi rysują się żywo te postacie ich niezapomniane, a już stoimy przed nową ciężką stratą, przed nową ofiarą losu.

I zaprawdę los ten nieubłagany z dziwnem już okrucieństwem pastwił się niejako nad ś. p. Adamem przez długi szereg miesięcy: katuszy i udręczeń, jakich nieszczęsny męczennik ten zaznał, słowami się nie wypowie.

Od początku swej choroby nie łudził się ani na chwilę, wyraźnie przeczuwał swą zgubę i z niesłychanym spokojem patrzył na ruinę szczęścia swego, na zagładę najlepszych swych planów.

Ś. p. Karczewski, dzięki osobistym niepospolitym zdolnościom i wrodzonemu talentowi, stał się już był chirurgiem pierwszorzędnym; od mistrza swego Władysława Krajewskiego nauczył się miłować wiedzę lekarską i odziedziczył po nim gorący zapał do pracy i wytrwałość niezmierną.

W niezwykle wątłem ciele przedwcześnie zgasłego zamieszkiwał jednak duch tęgi i biło serce tkliwe na niedolę ludzką.

Przy stole operacyjnym i przy łóżku chorego widziałeś tę energię niewyczerpaną i tę dobroć niewysłowioną. Ten napo-

zór zimny i sztywny człowiek potrafił szczerze boleć nad dolą cierpiących i nieszczęśliwych, potrafił długo i gorąco opłakiwać śmierć swego asystenta.

Kto zżył się bliżej ze ś. p. Adamem, ten poznał jego piękną duszę, wrażliwą na wszystko, co dobre i szlachetne, jego niezłomny charakter i umysł niezwykle trzeźwy.

Działalność naukowa ś. p. Karczewskiego zaznaczyła się w sposób bardzo wydatny; wartość i liczba prac jego stanowią poważny dorobek polskiego piśmiennictwa lekarskiego, który na innem miejscu z zasłużoną spotka się oceną.

Ś. p. Adam nietylko sam gorliwie pracował, ale zachęcał i zagrzewał do pracy naukowej młodszych kolegów.

Już na schyłku życia swego brał żywy udział w zapoczątkowaniu „Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego".

Niezapomniany towarzyszu! drogą cierniami usłaną stąpałeś przez większą część życia swego bez szemrania i jęku, żyłeś cichy i skromny, pracowałeś serdecznie dla dobra bliźnich, zostawiasz po sobie wzór piękny, lecz trudny do naśladowania, zostawiasz w sercu naszem żal niezmierny, wspomnienie niezatarte; niechaj duch twój czysty opromienia pawilon 1-szy, ten umiłowany teren pracy twojej — niechaj cień twój jasny snuje się cichą nocą, jako moc kojąca, ponad głowami ukochanych przez ciebie chorych szpitalnych.

A ty, ziemio ojczysta, droga matko nasza, utul w zimnych swych objęciach szczątki syna, ułóż do snu wiecznego, niech zażywa spokoju, którego tak mało zaznał w swem życiu.

PRZEMÓWIENIE D-ra STANISŁAWA GURBSKIEGO NAD GROBEM Ś. P. ADAMA KARCZEWSKIEGO.

Przypadł na mnie nad wyraz smutny obowiązek pożegnania ś. p. Adama Karczewskiego w imieniu jego asystentów i współpracowników.

Ś. p. Adam Karczewski wyszedł ze szkoły niezapomnianego Władysława Krajewskiego, której to szkoły był duszą i przedstawicielem najwybitniejszym. Rozpoczął pracę samodzielną wówczas, gdy warunki rozwoju młodych chirurgów u nas stawały się coraz to opłakańsze.

S. p. Adam Karczewski zdawał sobie sprawę doskonale z tych obowiązków, jakie wziął na siebie, obejmując oddział. Wiedział, że ma być nietylko lekarzem-chirurgiem, ale i przewodnikiem młodzieży, która u nas, jak wiadomo powszechnie, tylko pod kierownictwem prywatnem ordynatorów kształcić i wyrabiać się może. Wiedział, że stając na stanowisku zaszczytnem przewodnika młodzieży lekarskiej bierze na siebie wielki i doniosły w skutkach obowiązek względem społeczeństwa. Z głębokiem poczuciem i zupełną świadomością poważnej odpowiedzialności pełnił te swoje obowiązki ś. p. Adam.

Jako nauczyciela i przewodnika młodszej braci lekarskiej cechowały go: rozległa wiedza teoretyczna, mocno rozwinięty krytycyzm, niezwykła sumienność i wielki zasób doświadczenia praktycznego.

Z tem wszystkiem łączył ś. p. Adam doskonałą technikę operacyjną i ujmujące, pełne szczerej troskliwości, traktowanie chorych. Takim będąc, stworzył wkoło siebie świetlane ognisko wiedzy i pracy dla dobra ludzkości cierpiącej.

Stojąc dziś nad otwartą mogiłą, która za chwilę przyjmie do snu wiecznego doczesne szczątki naszego drogiego mistrza-przyjaciela, my, jego współpracownicy i uczniowie, odczuwamy głęboko bolesną stratę, jaką ze śmiercią ś. p. Adama ponosimy. Odchodzi od nas w początku drogi, którą sobie zakreślił, wyrwany z pośród nas losu wyrokiem surowym. I chociaż śmierć nieubłagana zabiera go nam zaledwie na progu jego szerszej działalności, to jednak nie schodzi on do grobu wszystek. Imię Jego zapisane będzie złotemi głoskami na kartach historyi rozwoju wiedzy lekarskiej w Polsce, jako jednego z tych, którzy potrafili nieść wysoko sztandar wiedzy w czasach, gdy złowrogie fale podmywały stale podstawy wszelkich prac naszych.

Hołd mu się za to i wdzięczna pamięć od nas — jego towarzyszów pracy — i od całego społeczeństwa należy..!

PRACE ORYGINALNE.

O nakłuciu kuprowem

(punctio sacralis)

podał

D-r HENRYK GOLDBERG

ord. od. chir. Szp. Ś-go Aleksandra w Łodzi.

W 1-ym numerze „Zentralblatt für Gynäkologie“ z r. 1909 znajduje się praca W. Stoeckela o stosowaniu nakłucia kuprowego w porodach w celu znieczulenia. Pochop do tych prób powziął Stoeckel, opierając się na metodzie Cathelina, który w 1903 r. zaczął wprowadzać rozmaite roztwory do kanału kuprowego.

Cathelin nie myślał bynajmniej o znieczuleniu chirurgicznem, lecz chciał w powyższy sposób oddziaływać bezpośrednio na sploty nerwowe pęcherza moczowego, to też stosował swój zabieg przedewszystkiem w stanach chorobowych pęcherza mocz., w mimowolnem moczeniu nocnem i w moczocieku (enuresis i incontinentia urinae).

Stoeckel, zastanawiając się nad unerwieniem macicy, przyszedł do wniosku, iż pobudliwość macicy i bolesność podczas aktu porodowego zależy głównie od podrażnienia nerwów, pochodzących ze splotu sromnego, że zatem, znosząc przewodnictwo czuciowe za pośrednictwem tych dróg, możnaby osiągnąć poród niebolesny, ideał, do którego dąży współczesne położnictwo.

Wprowadzenie środka znieczulającego do kanału kuprowego rozszerza znane dotąd granice znieczulenia miejscowego, gdyż działamy i tutaj na pnie obwodowe, jakkolwiek staramy się przerwać przewodnictwo czuciowe już w kanale kręgowym. Przyszło mi też na myśl, czyby sposób ten nie mógł znaleźć

zastosowania w chirurgii. W tym też kierunku wykonałem próby, o których poniżej będzie mowa.

Musimy przedewszystkiem rozejrzeć się dokładnie w anatomii kanału kuprowego i przebiegających w nim nerwów, by wyraźnie uprzytomnić sobie, czy podobne znieczulenie jest w zasadzie możliwe.

Worek oponowy kończy się na poziomie pierwszego otworu kuprowego i ma tu postać stożkowatą. Dzięki temu przestrzeń pomiędzy pierwszym kręgiem kuprowym i ostatnim lędźwiowym nie jest wypełniona szczelnie przez worek oponowy, lecz pomiędzy tym ostatnim i kością mieści się znaczna warstwa tkanki łącznej. W tej to tkance przebiega piąty nerw lędźwiowy na przestrzeni około 3–4 ctm. Nerwy zaś kuprowe przebiegają wewnątrz kanału kuprowego przestrzeń tem większą, im niższy jest otwór odnośny, przez który nerw przechodzi, tak, iż dla nerwu guzicznego (coccygeus) przestrzeń ta wynosi około 14 ctm. Chcąc zatem otrzymać znieczulenie wszystkich trzech splotów—kuprowego, sromnego i guzicznego (plexus sacralis, pudendus i coccygeus), wytworzonych przez połączenie się nerwów: piątego lędźwiowego, wszystkich kuprowych i guzicznego, musimy wprowadzić środek znieczulający do poziomu wyjścia 5-go nerwu lędźwiowego, to jest do górnego brzegu kości kuprowej.

W założeniu swojem takie przerwanie przewodnictwa na przebiegu nerwu odpowiadałoby metodzie Obersta. Wprowadzanie jednak stężonych rozczynów, jakie metoda wspomniana stosuje, nie może dać pożądanych wyników, albowiem trudno jest wprowadzić dużą ilość stężonego rozczynu. Ponieważ zaś musimy wywołać zetknięcie się środka znieczulającego z wszystkimi nerwami kanału kuprowego, wypada zatem wypełnić roztworem wstrzykiwanym całą jamę kanału, gdyż na osmozę w stopniu wystarczającym liczyć niepodobna; przeciwnie, w celu utrudnienia szybkiego wchłonięcia stosujemy domieszkę adrenaliny lub suprareniny. Stoeckel wprowadzał w ten sposób do 83 cetm. sz. płynu; ja osobiście również dochodziłem do 80 centm., nie czując znaczniejszego oporu.

Wiadomo, że wszystkie nerwy rdzeniowe dzielą się na gałęź przednią, tęgo rozwiniętą, i tylną, znacznie słabszą.

Podział ten znajdujemy u nerwów lędźwiowych już po

wyjściu ich przez dziurę międzykręgową, u kuprowych — wewnątrz kanału kostnego, lecz nazewnątrz worka oponowego, nerw zaś guziczny dzieli się wewnątrz tego ostatniego.

W skład splotu kuprowego wchodzą przednie pnie nerwu piątego, a po części i czwartego lędźwiowego, pierwszego, drugiego i trzeciego kuprowego. Splot sromny powstaje dzięki udziałowi 2, 3 i 4 nerwów kuprowych; mowa tu, jak i poprzednio, tylko o przednich odnogach. Splot guziczny tworzą 4 i 5 nerwy kuprowe i nerw guziczny.

Łatwo pojąć, że płyn znieczulający, wprowadzony do kanału kuprowego, powinien podziałać nie tylko na przednie, lecz również na tylne pęczki nerwowe.

Wszystkie nerwy: lędźwiowe, kuprowe i guziczny, mają połączenia z układem współczulnym, przyczem łączniki te są obustronne, to znaczy, że w skład tych łączników wchodzą zarówno włókna nerwów rdzeniowych, jak również włókna, pochodzące ze zwojów i splotów współczulnych. Czy w skład układu współczulnego wchodzą włókna czuciowe — jest to dotychczas pytanie nierozstrzygnięte. Gdyby tak było, to ani w znieczuleniu lędźwiowem, ani we wprowadzeniu środka znieczulającego do kanału kuprowego nie moglibyśmy nigdy otrzymać znieczulenia zupełnego, gdyż w obu przypadkach układ współczulny pozostaje poza sferą naszego wpływu.

Fizyologia układu współczulnego nie jest do dnia dzisiejszego zupełnie jasną. Pod względem zarodkowym zwoje współczulne, stanowiące tak zwany pień, powstają przez odsznurowanie się od zwojów nerwowych, wytworzonych na przebiegu tylnych, czuciowych pęczków. Zdawałoby się zatem, że powinny one posiadać nadewszystko własności czuciowe. A jednak tak nie jest, gdyż wiadomo, iż cały układ współczulny przeprowadza przedewszystkiem bodźce automatyczne organów wewnętrznych i naczyń. Wiadomo, że włókna nerwowe współczulne różnią się od innych włókien naszego ustroju brakiem osłonki rdzeniowej; ta osłonka odgrywa, prawdopodobnie, rolę odosabniacza dla włókna osiowego, i w każdym razie ma ważny wpływ na pobudliwość nerwów; wiadomo również, że włókna rdzenne w układzie współczulnym spotykamy tylko w łącznikach pomiędzy pasmem nerwu współczulnego i nerwami rdzeniowymi, w dalszych zaś rozgałęzieniach układu współczulnego,

nawet w zwojach, włókien rdzennych nie spotykamy. Należałoby więc przypuścić, że jeżeli nerwy współczulne nawet i posiadają jakiekolwiek czynności czuciowe, zależą te ostatnie wyłącznie od włókien pochodzenia rdzeniowego. Wydaje mi się, iż wyniki znieczulenia lędźwiowego prowadzą do tychże wniosków; natomiast nakłucie kuprowe dotychczas do żadnych kategorycznych wniosków nie upoważnia.

Stoeckel w swej pracy nie wyjaśnia wystarczająco tego pytania [1]). Przytacza on zdanie Langleya, według którego nerwy, wychodzące ze splotu kuprowego, a właściwie sromnego, zawierają włókna czuciowe dla zewnętrznych narządów rodnych i otrzewnej tylnej ściany miednicy, następnie — ruchowe dla mięśni poprzecznie prążkowanych dna miednicy i krocza, i nakoniec — włókna współczulne, unerwiające macicę, jej mięśnie i naczynia. Te ostatnie włókna są, zdaniem Langleya, prawdopodobnie wyłącznie ruchowe. Langley odróżnia pień od samodzielnych zwojów i splotów współczulnych. Nerwy kuprowe są połączone za pomocą szarych gałęzi łączących z pasmem nerwu współczulnego.

Widzimy z powyższego, że w pracy Stoeckela udział w odruchach czuciowych całego układu współczulnego poza pniem nie jest zupełnie uwzględniony.

Zdaje się, iż obecnie przeważa zdanie, jakoby przewodnictwo czuciowe, a przynajmniej bólu, nie zależy od udziału układu współczulnego. Zwoje współczulne widocznie nie tworzą ognisk samodzielnych odruchów, które to odruchy występują dzięki udziałowi gałęzi łączących. Przewodnictwo czuciowe prawdopodobnie ogranicza się do t. zwanego czucia organów wewnętrznych.

Powróćmy do splotów rdzeniowych. Z nich splot kuprowy daje początek dwóm nerwom ruchowym—n. pośladkowym górnemu i dolnemu, jednemu mieszanemu — n. kulszowemu, i jednemu czuciowemu—n. skórnemu uda tylnemu. Dwa ostatnie wchodzą w rachubę, jeżeli chcemy stosować nakłucie kuprowe w celu znieczulenia. Najważniejszy wszakże dla nas jest splot sromny, gdyż od niego właśnie pochodzą gałęzie czucio-

---

[1]) Zentralblatt für Gynäkologie. 1909. Str. 13.

we dla organów miednicy i gałęzie skórne, które wchodzą w grę, skoro chcemy dostać się do tych organów od strony krocza. Tak np. jeżeli weźmiemy okolicę odbytu, to widzimy, iż skóra otrzymuje tu unerwienie od n. pośladkowego dolnego, n. odbytniczego dolnego i n. odbytowo-ogonowego, które to nerwy pochodzą ze splotu sromnego lub guzicznego. Nie będę wymieniał tu pojedyńczych nerwów skórnych, wspomnę tylko, jakie okolice mogą być dostępne dla chirurga wobec idealnego działania znieczulenia kuprowego. A zatem, prócz odbytu — krocze, tylna część warg sromnych, przednia część członka męzkiego, gdyż podstawa prącia i przednia część moszny otrzymuje unerwienie od n. mosznowego przedniego i n. biodrowopodbrzusznego ze splotu lędźwiowego; dalej — wewnętrzna i dolna część okolicy siedzeniowej i tylna część uda. Okolice wzgórka łonowego i miednicy otrzymują nerwy od splotu lędźwiowego.

Musimy wszelako liczyć się z możliwością zabłąkania nieznacznej gałązki obcego splotu w okolice, które otrzymują unerwienie od pni kuprowych.

Co się tyczy organów małej miednicy, to dolny odcinek kiszki prostej, dolny i tylny odcinek pęcherza moczowego wraz z cewką moczową, jak również narządy płciowe otrzymują unerwienie od splotu sromnego i podbrzusznego n. współczulnego, przyczem nerw współczulny tworzy samoistne sploty dla oddzielnych narządów, jak np. splot sterczowy, splot maciczno-pochwowy i t. d.

Nie będę przytaczał szczegółowo wyników badań Stoeckela, nadmienię tylko, że na 141 porodów w 30 przypadkach metoda zawiodła całkowicie, w 111 zaś otrzymano wynik dodatni całkowity lub zupełny. Co się tyczy mnie osobiście, próbowałem tej metody w niektórych zabiegach na kroczu, kiszce prostej, pochwie, zewnętrznych narządach płciowych i w uporczywej rwie kulszowej, nakoniec w nocnem moczeniu mimowolnem. Wykonanie zabiegu nie zawsze jest łatwe, gdyż u osób otyłych czasem bywa nader trudno trafić do otworu. W początku stosowałem ułożenie chorego na lewym boku z mocno przygiętemi udami i zgiętą ku przodowi głową, w końcu jednak przyszedłem do wniosku, że położenie na czworakach (à la vache) z mocno przygiętemi udami jest dogodniejsze dla wkłucia igły, niż poprzednie.

Otwór trójkątny, ograniczony rożkami kuprowymi (cornua sacralia), i przykryty błoną łącznotkankową, bywa już to szeroki, już to wązki. U dzieci błona ta jest podatna, u ludzi starych ulega widocznie zwapnieniu, gdyż bywa do przebicia trudną. Zdarzało się, że trudno mi było wymacać to wcięcie w kości; wtedy starałem się je wyczuć, idąc od strony kości guzicznej.

Znieczulenia miejscowego, wkłuwając igłę, można nie stosować; najlepszem znieczuleniem, jak i w nakłuciu lędźwiowem, jest ostra igła i sprawny ruch ręki.

Stoeckel radzi wkłuć igłę najprzód powierzchownie, przebijając tylko błonę, potem zaś — zmienić kierunek igły, aby uniknąć zadraśnięcia okostnej na przedniej lub tylnej ścianie kanału kuprowego. Taka zmiana kierunku igły jest łatwa w przypadku szerokiego otworu trójkątnego i podatnej błony, to też zdaje mi się, że naogół należy wkłuć igłę o 1 ctm. poniżej górnego kąta otworu, kierując ją odrazu równolegle do ściany kanału.

Położenie na czworakach ułatwia nie tylko wejście do kanału kuprowego, gdyż w tem położeniu skóra nad okolicą otworu napina się bardziej, niż w ułożeniu na boku, lecz i przesuwanie igły w kanale kuprowym staje się łatwiejszem. Stoeckel wprowadzał igłę do głębokości 4—6 ctm., co najzupełniej wystarcza, szczególniej w przypadku dużej ilości użytego do wstrzyknięcia płynu.

Jakie ilości leku znieczulającego i w jakiem stężeniu należy wprowadzać—dziś kategorycznie powiedzieć trudno. Co się tyczy samego środka, Stoeckel wprowadzał nowokainę, ja zaś stosowałem tropakokainę, nowokainę i płyn Schleicha. Przypuszczam, że najważniejszy wpływ na wybór leku powinna mieć tu większa lub mniejsza jadowitość tegoż. Ponieważ dotąd, o ile mi wiadomo, nie opisywano porażeń po nakłuciach kuprowych — myślę więc, że dziś jeszcze powiedzieć coś pewnego o tym czynniku niepodobna.

Stoeckel opisuje w swej pracy siedm rozmaitych rozczynów, które stosował w celu znieczulenia porodu. W każdym z nich zarówno ilość środka znieczulającego, jak i ilość rozczynu jest nader rozmaitą, z czego wnosić należy, że sam autor nie doszedł do ostatecznego w tej mierze zdania. Za najlepszy

uważa Stoeckel ½% rozczyn nowokainy z domieszką suprareniny.

Jednej sprawy Stoeckel nie porusza wcale, mianowicie, jak długo czekać wypada na działanie wstrzykniętego środka znieczulającego. W moich przypadkach czekałem od 2 do 12 minut, zanim rozpoczynałem zabieg.

Opiszemy teraz w krótkich wyrazach wyniki naszych prób osobistych.

N 1. 3/I 09. Ch. Anna 28 lat. Abrasio uteri post abortum.

Wstrzyknięto 20,0 ½% rozczynu nowokainy z suprareniną.

Po 5 minutach rozpoczęto rękoczyn. Ściąganie macicy kleszczykami i rozszerzenie szyi macicy zupełnie niebolesne; w czasie skrobania z początku zupełny brak odczynu, w końcu dopiero zjawiła się nieznaczna bolesność.

N 2. Emilia H. 31 let 26/I. 09.

Pierwsze 10,0 $^1/_{10}$% rozczynu tropokokainy, następnie przez omyłkę 20,0 płynu Schleicha. Wyskrobanie macicy.

Według zdania kol. ginekologów otrzymane znieczulenie, aczkolwiek niezupełne, było jednak znaczne.

N 3. 27/I. 09. Julian M. 74 lat. Hydrocoele duplex.

Wstrzyknięto 50,0 płynu Schleicha. Skóra przedniej powierzchni moszny znieczulona miejscowo. Operacya metodą Winckelmana zupełnie niebolesna. Czasami wśród zupełnej niebolesności w oddzielnych punktach uczucie jakby ukłucia igłą. Operacya trwała ½ godziny.

N 4. T. Anna. 31 lat. Carcinoma uteri inoperabile. Przyżeganie i wyskrobanie guza.

Wstrzyknięto 40,0 płynu Schleicha. Chora w przebiegu zabiegu skarżyła się wprawdzie na nieznaczną bolesność, zachowywała się jednak zupełnie spokojnie.

Dwa następne przypadki, NN 5 i 6, dały wynik ujemny i zabieg wypadło dokończyć w uśpieniu ogólnem W pierwszym z tych ostatnich przypadków mieliśmy do czynienia z szyszkowinami stożkowatemi warg i odbytu, wstrzyknięto zaś 30,0 rozczynu Schleicha; w drugim ze sztucznem zwężeniem pochwy, użyto 40,0 - 0,4% nowokainy z adrenaliną.

N 7. 16/X 09. Elżbieta P. 68 lat. Prolapsus recti.

Wstrzyknięto 37,0—½% nowokainy z adrenaliną. Po 10 minutach przystąpiłem do zabiegu. Najprzód cięcie klinowe skory w okolicy kości guzicznej; znieczulenie wystarczające. W miarę jednak dalszych aktów operacyi czucie powracało, wobec czego wypadło dać chorej eteru. Naogół wynik w tem spostrzeżeniu uważam za niezadawalający.

Prócz tych przypadków zastosowałem nakłucie kuprowe 8 razy w uporczywej rwie kulszowej. Używałem bądź tropakokainy (5%), bądź nowokainy ½% z adrenaliną w ilości do 20,0.

Zupełne wyzdrowienie otrzymałem raz jeden po trzykrotnem wstrzyknięciu w odstępach tygodniowych. Czasowe polepszenie występowało stale, przyczem bóle znikały na przeciąg od 6 godzin do 3 — 4 dni.

Ostatnio stosuję nakłucie kuprowe w nocnem moczeniu mimowolnem u dzieci; o wynikach zdam sprawę wraz z kolegą-pedyatrą.

Dodać muszę, że w żadnym przypadku nie spostrzegałem objawów porażenia lub otrucia; nigdy również nie było miejscowego podrażnienia lub zakażenia. Wobec tego, że raz (N 3) udało mi się otrzymać zupełne znieczulenie, w innych zaś przypadkach znaczne zmniejszenie bólu, zabieg zaś sam przez się uważać należy za zupełnie bezpieczny, myślę, iż dalsze próby w podanym wyżej kierunku powinny być przez kolegów-chirurgów podjęte.

Cierpienia łąkotek stawu kolanowego urazowego pochodzenia

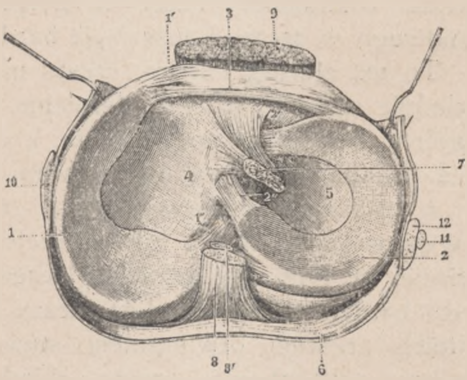
napisał

WŁADYSŁAW BIESIEKIERSKI.

Do niedawna wiadomości nasze o cierpieniach stawów wogóle, a kolanowego w szczególności były bardzo ogólnikowe i niedokładne. To też chirurg bardzo często nie był w stanie zdać sobie dokładnie sprawy wobec cierpienia stawu kolanowego — szczególnie urazowego pochodzenia, z czem właściwie ma do czynienia. Zadowalano się objawowemi ogólnikowemi rozpoznaniami w rodzaju „nadwyrężenia“, „nadwichnięcia“, „rozciągnięcia więzów stawowych“, lub wreszcie „wody w kolanie“. Oczywiście, w tych warunkach i leczenie mogło być tylko objawowe i bardzo często niedostateczne. Dopiero chirurgia lat ostatnich częstem otwieraniem stawu kolanowego wyświetliła zmiany chorobowe części składowych stawu, a w szczególności chrząstek półksiężycowych. Okazuje się, że chrząstki półksiężycowe czyli t. z. łąkotki stanowią bardzo ważną część składową stawu kolanowego. Zmiany chorobowe tych chrząstek zajmują bardzo ważne miejsce w patologii stawu kolanowego, a bliższe poznanie tych cierpień ma ważne znaczenie nie tylko dla chirurga, lecz i dla każdego wogóle lekarza.

Przedmiot ten posiada dziś już duże piśmiennictwo, zapoczątkowane przez chirurgów angielskich. Polskie piśmiennictwo lekarskie nie posiada prawie nic z tej dziedziny. Nie od rzeczy będzie przeto zająć się bliżej cierpieniami łąkotek. Jako materyał kliniczny przytoczę jeden szczegółowo spostrzegany przypadek z oddziału dra. B. Sawickiego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie i dwa przypadki z osobistej praktyki w Ciechocinku.

Stosunki anatomiczne. Pomiędzy powierzchniami stawowemi kości udowej i piszczeli znajdują się dwa chrząstkowate twory t. z. łąkotki — jedna wewnętrzna, druga — zewnętrzna. Obie mają postać zbliżoną do półksiężyca — skąd pochodzi ich druga nazwa — chrząstek półksiężycowych. Zewnętrzna jest więcej zaokrąglona i więcej zamknięta, przyrównać ją można do litery O; wewnętrzna zaś — więcej otwarta i mniej zaokrąglona przypomina więcej kształt litery C. (patrz rys. № 1). Szerokość powierzchni w przednich najszerszych częściach obu dochodzi do 12 mm. Co zaś do grubości, to przecięcie



Rys. № 1.

Powierzchnia stawowa piszczeli z dwiema łąkotkami i ich przyczepami.

w kierunku osi kończyny i prostopadłe do powierzchni łąkotek daje nam trójkąt, którego podstawa odpowiada zewnętrznemu brzegowi i wynosi u wewnętrznej łąkotki 6 mm., u zewnętrznej 8 mm. W łąkotkach rozróżniamy dalej: 1) powierzchnię górną nieco zagłębioną — odpowiednio do wypukłych powierzchni kłykci kości udowej; 2) powierzchnię dolną płaską, leżącą na powierzchni stawowej piszczeli; 3) brzeg zewnętrzny grubszy; 4) brzeg wewnętrzny cienki — prawie ostry, zwrócony ku środkowi stawu; 5) po dwa zakończenia — czyli rogi. Jako narządy ruchome posiadają łąkotki swój przyrząd więzadlowy, a mianowicie: zewnętrznymi brzegami swymi na całej przestrze-

ni są połączone luźno z torebką stawową kolana. Rogi każdej z nich mają swoje pryczepy: róg przedni łąkotki zewnętrznej za pomocą więzu przedniego, a tylny za pomocą więzu tylnego przymocowują się do wyniosłości międzykłykciowej. Od tego ostatniego więzu odchodzi cienki pęczek włókien do tylnego więzu krzyżowego i wraz z nim idzie do wewnętrznego kłykcia kości udowej. Róg przedni łąkotki wewnętrznej przymocowuje się do przedniej części powierzchni stawowej, tuż przed miejscem przyczepu przedniego więzu krzyżowego — róg tylny przymocowany jest do tyłu wyniosłości międzykłykciowej. Przednie części obu łąkotek łączą się między sobą za pomocą więzu poprzecznego t. z. więzadła międzychrząstkowego (lig. transversum) Za pomocą więzadeł skrzydłowych łąkotkowo rzepkowych istnieje połączenie każdej łąkotki z brzegiem rzepki i mięśniem grubym (m. vastus). Należy wspomnieć o dość ważnem połączeniu łąkotki wewnętrznej z głębszemi częściami więzu wewnętrznego kolana — które wraz z poprzedniemi wpływa na przemieszczenie łąkotki. Należy zauważyć, że łąkotka wewnętrzna jest cieńsza od zewnętrznej, posiada przyczepy słabsze i luźniejsze i jest dlatego bardziej od zewnętrznej ruchoma.

Najważniejszem zadaniem łąkotek jest zwiększyć wgłębienie prawie płaskiej górnej powierzchni stawowej kości piszczelowej. Według badań Mourcta i Pauzata łąkotki zmieniają swój kształt i miejsce stosownie do ruchów kolana, przystosowując się wciąż do wypukłości kłykci stawowych kości udowej (patrz rys. № 2). A więc — podczas wyprostowywania kończyny w stawie kolanowym łąkotki, popychane przez powierzchnię kłykci i pociągane za pomocą więzów skrzydłowych wraz z rzepką ku górze, zesuwają się ku przodowi; podczas zginania zaś, gdy napięcie więzów skrzydłowych niknie, usuwają się ku tyłowi. Podczas ruchów obrotowych goleni jedna łąkotka nasuwa się ku przodowi, drugą ku tyłowi — i odwrotnie, stosownie do tego, czy goleń zwraca się ku zewnątrz czy ku wewnątrz. Z powyższego wynika, że niezbędna dla prawidłowych ruchów w stawie kolanowym współrzędność ruchów łąkotek z ruchami kłykci stawowych zależy w pierwszej linii od sprawności ich przyrządu więzadłowego. To też w dobrym stanie więzów nawet od gwałtowniejszych ruchów ta

współrzędność nie zostaje naruszona. Wspomnę jeszcze, dlaczego łąkotka wewnętrzna jest cieńszą od zewnętrznej i więcej ruchomą, a jak się później przekonamy, częściej od zewnętrznej ulega zwichnięciu lub rozerwaniu. Powierzchnia stawowa piszczeli jest prawie zupełnie pozioma; kłykieć zaś wewnętrzny kości udowej wystaje bardziej od zewnętrznego ku dołowi i ku wewnątrz — przez co oś piszczeli z osią kości udowej tworzy kąt rozwarty nazewnątrz. Stąd główny ciężar górnej połowy ciała przypada na wewnętrzną część powierzchni stawowej piszczeli i na łąkotkę wewnętrzna, pod działaniem którego łąkotka ta płaszczyć się musi bardziej, niż zewnętrzna; pozatem jest łąkotka wewnętrzna bardziej ruchoma wskutek tego, że w czasie zginania kłykieć wewnętrzny opisuje większą krzywiznę, niż zewnętrzny.

* *
*

Zanim przystąpimy do właściwego działu uszkodzeń łąkotek, pozwolę sobie pokrótce przytoczyć historyę spostrzeganego w naszym oddziale przypadku.



Rys. № 2.

Ruchy łąkotek podczas zginania i obrotu w stawie kolanowym.

Chora Matylda M. lat 46, gospodyni wiejska z pod Ciechanowa, przywiezioną została do oddziału dnia 17 grudnia r. 1908. Lewa kończyna w unieruchomiającym opatrunku z tektury. Dowiadujemy sie, iż dnia poprzedniego chora uległa wypadkowi — mianowicie została pochwycona przez żelazny walec transmisyjny od młocarni za spódnicę. Upadła nawznak, a lewa kończyna dostała się pod walec. Chora utraciła na razie przytomność. Pacyentka jest blada i wystraszona Tętno drobne i przyspieszone. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Po usunięciu opatrunku znajdujemy, co następuje. Lewa kończyna dolna umiarkowanie zgięta w kolanie, mniej więcej pod kątem 135^0, okolica kolana obrzęknię-

ta, skóra na przedniej powierzchni okolicy kolanowej silnie napięta, obwód kolana powiększony, zarysy wygładzone, ani wylewu, ani też wysięku wyraźnego w stawie nie wykrywamy; rzepka ustawiona zewnętrznym brzegiem ku przodowi, wewnętrznym ku tyłowi. Oś goleni styka się z osią uda nie w punkcie prawidłowym, lecz nieco ku tyłowi od tegoż, tym sposobem powierzchnie stawowe nie stykają się ze sobą, jak w stosunkach prawidłowych, lecz powierzchnia stawowa goleni przytyka tylko przednim swym brzegiem do tylnych części kłykci udowych: nadwichnienie stawu. Zauważono przytem nadmierną ruchomość goleni od przodu ku tyłowi i w kierunku poprzecznym.

Wobec powyższych danych rozpoznano rozerwanie przyrządu więzadłowego w lewym kolanie z następczem nadwichnieniem kolana, oraz zwichnięcie rzepki. Na kończynie górnej prawej rozpoznano niepowikłane złamanie kości sprychowej w dolnej trzeciej jej części. Obawiając się zgorzeli skóry mocno napiętej w okolicy rzepki, pomimo wyczerpania chorej cierpieniem i przebytą podróżą, niezwłocznie przystąpiono do nastawienia w uśpieniu chloroformowem. Po dokładnem uśpieniu powiększono zgięcie kolana, pociągnięto mocno ku przodowi górną część goleni, poczem szybko wyprostowano kończynę w kolanie. Pomimo wielokrotnych prób zupełnego nastawienia stawu kolanowego nie otrzymano; osiągnięto jedynie to, że powierzchnia stawowa piszczeli przesuwała się nieco bardziej ku przodowi i rzepka ustawiala się mniej więcej prawidłowo. Jednakże natychmiast po ustaniu wyciągania kończyna powracała do pierwotnego ustawienia. Wobec tego po możliwem wyprostowaniu nałożono opatrunek tekturowy.

31. XII—Dokonano zdjęcia za pomocą promieni Röntgena: zdjęcie to wykazało zwichnięcie niezupełne goleni bez uszkodzeń końców stawowych: powierzchnia stawowa kości goleniowej tylko przednim swym brzegiem styka się z kłykciami kości udowej.

5. I — 1909 roku przystąpiono do zabiegu operacyjnego w uśpieniu. Cięciem półkolistem Tekstora przecięto skórę i wiąz rzepkowy; przedostano się do błony maziowej, która prześwieca sinawem zabarwieniem. Po otwarciu stawu wylewa się z tegoż ciecz zmieszana z rozłożoną krwią, co jej nadaje brunatne zabarwienie. Błona maziowa obrzęknięta, wciska się pomiędzy końce stawowe od strony zewnętrznej; przy oglądaniu wnętrza stawu okazało się, że przedni wiąz krzyżowy jest przerwany na miejscu swego przyczepu do wyniosłości międzykłykciowej piszczeli tak, że przy piszczeli pozostały tylko jego resztki. Dalej okazało się, że zewnętrzna łąkotka pękła na całej przestrzeni w kierunku strzałkowym stawu i jest oderwana od przyczepu, pęknięcie przechodzi częściowo i na błonę maziową, która jest także naderwana. Oderwana część łąkotki jest przesunięta ku środkowi stawu, co zapewne stanowiło ważną przeszkodę w próbach nastawienia. Oderwaną część łąkotki — mniej więcej $^2/_3$ części — krzywemi nożycami uwolniono od reszty przyczepów i usunięto szczypczykami, a także usunięto naderwane części błony maziowej. Wówczas udało się nastawić zwichnięcie i można było zeszyć pęknięty przedni wiąz krzyżowy szwami katgutowymi do resztek przyczepu, pozostałego przy kości. Błonę

maziową na całej przestrzeni rany zaszyto szwem węzełkowym; zeszyto dalej wiąz rzepkowy i ranę skóry. Po nałożeniu opatrunku kończynę unieruchomiono w opatrunku gipsowym. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Dnia 15. II — rozpoczęto mięsienie kończyny. Do tego dołączono naświetlania elektryczne za pomocą przyrządu o sile 6 lampek.

Chora przebyła w szpitalu do dnia 8. IV. W chwili wypisywania chorej zanotowano. Chora chodzi, lekko kulejąc i nieco podpierając się kijem. Czynne zgięcie w kolanie wynosi kąt 45^0, niebolesne; zgięcie bierne znacznie większe; różnica w obwodzie stawu lewego i prawego wynosi 2 ctm. Rzepka mało ruchoma. Chora na własne żądanie opuściła szpital i odtąd chorej nie widziano.

Dambrin w Revue de chirurgie z r. 1907 przytacza statystykę 122 przypadków wiązowego cierpienia łąkotek. Częstość spotykanych podczas operacyi uszkodzeń łąkotek tak się przedstawia: rozluźnienie przyczepów łąkotek, spowodowane rozciągnięciem tychże, znaleziono w 22 przypadkach; oderwanie przedniego przyczepu 39 razy; oderwanie tylnego przyczepu 7; bocznego 15. Pęknięcie łąkotki podłużne 11, poprzeczne 12. Wreszcie spostrzeżeń nie podano dokłanego opisu zmian anatomopatologicznych. Jeszcze bardziej zajmująca jest statystyka 75 przypadków, spostrzeganych przez Rutherford Morisona w the Lancet 1909 roku. Autor ten uważa samo tylko rozluźnienie przyczepów, a zatem zwichnięcia łąkotek za nader rzadkie; zawsze spotykał jednocześnie i uszkodzenie samej łąkotki. Otóż na 75 przypadków — w 27 znalazł pęknięcie podłużne; 14 razy rozszczep i oderwanie łąkotki na obwodzie; 8 razy rozszczep poprzeczny, 6 razy podłużny i poprzeczny jednocześnie; w 5 przypadkach odnotowane było „oddzielenie“ chrząstek i w 5 — rozerwanie przyczepów. W 10 nie wpisano zmian. Co do przedostatnich 5 przypadków z napisem — „oddzielenia“, autor zaznacza, że operował je w tym okresie, kiedy przez nieodpowiednie otworzenie stawu nie był w stanie dokładnie zbadać stawu i zmian w łąkotkach; że w ciągu 2 ostatnich lat ani on, ani jego koledzy nie obserwowali wypadku, któryby zadał kłam jego wyżej przytoczonemu twierdzeniu co do zwichnięcia bez rozerwania. Trudno jednak wobec tak stanowczego twierdzenia Morisona uznać 22 spostrzegane przez Dambrina rozluźnienia przyczepów za fałszywe lub niedokładne. Dambrin powołuje się w swej pracy na spostrzeże-

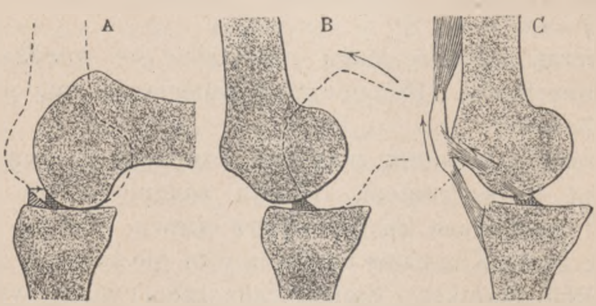
nia Kochera, Mayo-Robsona, Rafina i Allinghama i swoje własne. W najprostszych przypadkach znajdujemy tylko nadmierne rozluźnienie przyczepów przednich i bocznych. Dzięki temu łąkotka staje się nadmiernie ruchoma i łatwo wychodzi ze swych prawidłowych granic. W cięższych przypadkach ma miejsce rozerwanie przyczepów, najczęściej — oderwanie samego przedniego przyczepu lub z częściowem oderwaniem bocznego tak, że przednia połowa łąkotki staje się zupełnie ruchomą. Dambrin przytacza około 30 takich spostrzeżeń. Daleko rzadziej trafia się oderwanie samego tylnego przyczepu. Są jednak i takie przypadki, w krórych istnieje oderwanie tylko jednego bocznego przyczepu — 15 spostrzeżeń.

Co się tyczy uszkodzeń samej łąkotki, to może ona pękać całkowicie lub częściowo w rozmaitych kierunkach. Pęknięcia zupełne w kierunku podłużnym są dość rzadkie — 5 spostrzeżeń.

Wówczas odcinki mogą rozchodzić się między sobą na znacznej przestrzeni. Poprzeczne pęknięcia bywają pojedyńcze lub też i liczne.

Utraciwszy, wskutek przyczyn powyższych, swą prawidłową łączność z otoczeniem, łąkotka zmienia swoje położenie w różnych kierunkach ku wewnątrz stawu lub ku zewnątrz (patrz rys. № 3). Klinicznie nazywamy to nie zupełnie słusznie— „zwichnięciem łąkotki". Zwichnięcie rzeczywiste wszakże ma miejsce wówczas, gdy łąkotka wypchniętą zostanie ku zewnątrz, i wówczas sterczy ona w szparze międzystawowej w postaci wałka. Gdy natomiast oderwana łąkotka cała lub odłam jej kieruje się ku wewnątrz stawu, i dostaje się pomiędzy końce stawowe kości, wówczas mamy kliniczny obraz „uwięzienia" łąkotki. Wreszcie wskutek urazów, jakim podlegać może zwichnięta łąkotka, powstać mogą w niej zmiany zapalne; wtedy występuje zgrubienie i stwardnienie jej powierzchni a w szczególności zewnętrznego jej brzegu; brzeg ten marszczy się wskutek przerostu zapalnego łączno-tkankowego. Niekiedy wskutek urazu stawu kolanowego te zmiany występują przeważająco w obrazie klinicznym cierpienia stawu kolanowego i wówczas mamy do czynienia z t. z. meniscitis traumatica, opisanym po raz pierwszy przez Roux w 1896 r. O tem pomówię obszerniej jeszcze.

Które kolano częściej ulega uszkodzeniu tego rodzaju? O ile sądzić można z przytoczonych statystyk — niema prawie co do tego różnicy, lub bardzo nieznaczna przewaga prawego kolana. Na 75 przypadków Morisona 37 przypada na prawe, 30 na lewe kolano; w 2 przypadkach były uszkodzone dwa kolana. Na 74 przypadki Dambrina — 40 przypada na kolano lewe, a 34 na prawe. Co się tyczy daleko ważniejszego pytania — która z łąkotek częściej ulega uszkodzeniu, to statystyka stanowczo rozstrzyga sprawę na korzyść łąkotki wewnętrznej: na 104 przypadki — w 80 miało miejsce uszkodzenie wewnętrznej łąkotki, a tylko w 15 łąkotki zewnętrznej. Na 75 obserwacyi Morisona 65 przypada na łąkotkę wewnętrzną—a 2 tylko na zewnętrzną.



Rys. № 3.
Zwichnięcie i uwięźnienie łąkotki.

Klinicznie mówić możemy tylko o rozpoznaniu zwichnięcia lub uwięźnienia łąkotki—cały szereg towarzyszących zwichnięciu zmian zazwyczaj rozpoznać się nie daje — jedynie sądząc po sile urazu domyślać się ich możemy.

Obraz kliniczny ostrego zwichnięcia jest dość typowy i dlatego rozpoznaje się dość łatwo. Jeżeli chory jest w stanie zdać sobie sprawę z przebiegu swego nieszczęśliwego wypadku, to wywiady mają duże znaczenie dla zrobienia rozpoznania. Chory uczuwa raptowny silny bardzo ból w kolanie, pada na ziemię; najczęściej daje się słyszeć trzask w kolanie i uczucie— jak gdyby coś przesunęło się w stawie. Chory nie jest w stanie

podnieść się z miejsca; następuje zupełne unieruchomienie kończyny w stawie kolanowym. Badając, znajdujemy zwykle kończynę zgiętą nieco w kolanie, okolice stawu nie bywają zmienione; czasem udaje się zauważyć wystający wałek w szparze stawowej z prawej lub lewej strony. Ruch bierny wyprostny jest niemożliwy i bardzo dla chorego bolesny; zginanie natomiast łatwiejsze i mniej bolesne. Obmacując — wyczuwamy czasami wspomniany wałek, który odpowiada przedniemu brzegowi zwichniętej ku przodowi łąkotki — jest zwykle bolesny na dotyk; albo nic nie wyczuwamy, ucisk zaś na szparę wywołuje ból.

Rozpoznanie staje się pewnem, gdy udaje się natychmiastowe odprowadzenie: silny ruch wyprostny powoduje trzask, momentalnie ból znika i powraca swoboda ruchów w stawie. Niekiedy sam chory jest w stanie wykonać wprawienie przez energiczny ruch wyprostny. Ma to miejsce tylko wtedy, gdy przyczepy łąkotki są cale i nie utraciły swej sprężystości. Po raz przebytem wypadku może powrócić stała sprawność stawu; częściej jednak powstają zmiany w przyrządzie więzadłowym łąkotki, uspasabiające do powtórnych podobnych wypadków. Wówczas błahy nieraz powód wystarczy, by wywołać nawrót cierpienia. Każdy nawrót jest zupełnie zbliżony w swych objawach do pierwszego napadu, różni ich tylko natężenie objawów. Nastawienie w nawrotach staje się trudniejsze, a badanie wykazuje zmiany głębsze. Mianowicie: znajdujemy obrzmienie stawu, niekiedy wysięk w stawie; zanik mięśni uda i t. p. Chory nie jest w stanie sprostować zupełnie kończyny i stąpa końcami palców, wskazuje on zazwyczaj na powtarzające się coraz częściej podobne napady nawet po zwykłem chodzeniu. Podczas dłuższego spokoju bolesność w stawie znika, aby znów powrócić raptownie. Stan taki doprowadza chorego do całkowitego prawie niedołęstwa.

W przypadkach o powyżej przytoczonym przebiegu nastręczać się może wątpliwość — czy mamy do czynienie ze zwichnięciem nawrotowem łąkotki, czy też z ciałem wolnem t. z. myszą stowową, lub też tylko z zapaleniem łąkotki t. z. meniscitis traumatica. Różnica w objawach pomiędzy zwichnięciem nawrotowem, a ciałem wolnem w stawie polega na tem, że łąkotka zwichnięta zawsze znajdować się będzie w jednem

i tem samem miejscu np. w szparze stawowej z jednej lub drugiej strony rzepki i na tem miejscu jest największa bolesność. Gdy tymczasem ciało wolne znaleźć się może w różnych miejscach stawu i wywoływać nie jednakowe objawy i zmienną belesność.

Jak wspominałem wyżej, zapalenie łąkotki wskutek bezpośredniego lub pośredniego urazu t. z. meniscitis traum. Roux występować może jako samodzielna postać chorobowa stawu kolanowego. Według Roux meniscitis traum. najczęściej występuje po t. z. wewnętrznem wykręceniu kolana. Gdy przeminą ostre objawy wykręcenia, chory jest w stanie chodzić — uczuwa jednak od czasu do czasu bolesność w kolanie, a szczególniej schodząc ze schodów lub stąpając po nierównej powierzchni, wskutek tego pozbawia chorego swobody i pewności ruchów.

Pozwolę sobie na tem miejscu przytoczyć pokrótce dwa przypadki urazowego zapalenia łąkotki, obserwowane i leczone przezemnie w Ciechocinku w ubiegłym sezonie.

Pierwszy dotyczy M. R. żony obywatela ziemskiego z pod Kutna, skierowanej do mnie przez kol. Troczewskiego z Kutna, osoby dość otyłej. Podczas tańca chora uczuła raptownie ból w kolanie; nie padła jednak — lecz zaledwie przejść mogła o własnych siłach do drugiego pokoju. Po zastosowaniu jakiegoś rozcierania ból na razie ustąpił. Lecz nazajutrz nastąpiło obrzmienie całego stawu i wyraźne wylewy podskórne na stronie wewnętrznej lewego kolana. Chora przeleżała parę tygodni w łóżku. Badanie chorej stwierdziło co następuje: chora chodzi, kulejąc na lewą nogę; uskarża się na ból w lewem kolanie, który szczególnie dokucza chorej, gdy schodzi ze schodów. Wskazuje na wewnętrzną część kolana, jako na siedlisko bólu. Zmian w okolicy stawu lewego nie ma; ani śladu wysięku w stawie, lecz wyczuwa się trzeszczenie. Ruchy swobodne; ucisk na wewnątrz od rzepki na miejscu szpary stawowej wyraźnie bolesny i przestrzeń szpary wypełniona; wyraźnego wałka nie wyczuwałem, gdyż duża ilość tkanki tłuszczowej na to nie pozwalała. Przyczep górny więzu wewnętrznego także nieco bolesny na ucisk. Po zastosowaniu kąpieli słonych, leczenia gorącem powietrzem, mięsienia objawy szybko ustąpiły prawie zupełnie.

Drugie spostrzeżenie dotyczy panny Z. W. z Permu, osoby młodej która przed rokiem zbiegając z pewnej pochyłości upadła na prawe kolano. Ból był tak silny, że chorą przyniesiono do domu kolano wkrótce spuchło i jak mówiono — był wysięk. Leżała w łóżku parę miesięcy. Do Ciechocinka przyjechała, chodząc o kuli; bez kuli jest w stanie zrobić zaledwie parę kroków, głównie wskutek obawy upadnięcia z bólu. Bóle w kolanie w chwili oględzin nieznaczne. Zmian w okolicy stawu wyraźnych niema.

Obwód prawego kolana o 2 ctm. większy, niż lewego. Obmacując znajdujemy wyraźną bolesność lekko zgiętej kończyny na miejscu wewnętrznej szpary stawowej, i wyczuwał się wyraźny wałek, który prawie znikał po zgięciu kolana Ruchy zginania ograniczone; lekkie trzeszczenie w stawie. Udo prawe chudsze od lewego. Leczenie jak poprzednio; po ustąpieniu bólów, gimnastyka na przyrządzie w celu wyrobienia ruchów i wzmocnienia mięśni. Szybka poprawa. Chorą widziałem po roku — przyjechała do Ciechocinka dla dokończenia kuracyi. Mówi, że czasami odczuwa lekki ból w prawem kolanie.

W obu przypadkach rozpoznałem meniscitidem traumaticam post distorsionem genus. Jak widzimy z powyższych opisów, zapalenie urazowe łąkotki ma wiele cech wspólnych z nawrotowem zwichnięciem łąkotki i nieraz trudno bywa odróżnić jedno cierpienie od drugiego. Szczegółowe jednak badanie daje nam najczęściej możność odróżnić zapalenie od nawrotowego zwichnięcia. W przypadkach zapalenia znajdujemy wyraźną bolesność na miejscu wewnętrznej szpary stawowej — pomiędzy wewnętrznym brzegiem rzepki a przednim brzegiem więzu wewnętrznego kolana. W miejscu tem wyczuwamy dość wyraźnie poprzeczny wałek, którego naciskanie wzmaga bardziej bolesność. Gdy powiększymy zgięcie kolana, wówczas wałek znika i znika jednocześnie bolesność. Wałek ten odpowiada zewnętrznemu brzegowi łąkotki i po zgięciu kolana usuwa się wgłąb stawu. Tych cech nie znajdujemy zazwyczaj w zwichnięciu nawrotowem. W zapaleniu nie mamy w wywiadach objawów pierwotnego zwichnięcia i nastawienia i mamy swobodniejsze ruchy w stawie, a w końcu rozstrzyga sprawę leczenie zachowawcze za pomocą mięsienia, przekrwienia i gimnastyki, które tu daje, jak widzieliśmy, wyniki doskonałe, w zwichnięciach zaś nawrotowych jest bezskuteczne.

Im siła urazu większa, tem powikłania zwichnięcia łąkotki są rozleglejsze, a obraz kliniczny nie typowy. Najczęściej spotykamy rozerwania przyczepów, pęknięcia samej łąkotki; częstem powikłaniem w cięższych przypadkach jest rozerwanie więzu krzyżowego przedniego, jak tego dowodzi spostrzeżenie własne, pęknięcie torebki stawowej, pęknięcie więzu wewnętrznego kolana, zwichnięcie całkowite lub częściowe piszczeli, wreszcie — złamanie końców stawowych. Niemożność nastawienia śród objawów ostrego zwichnięcia przemawia bardzo ze zrozumiałych łatwo powodów na korzyść rozerwania przy-

czepów łąkotki, pęknięcia jej samej, co ma miejsce najczęściej jednocześnie. Gdy wobec objawów uwięźnienia łąkotki powstaje wkrótce wylew do stawu i wylewy podskórne, przemawia to albo na korzyść pęknięcia torebki stawowej, albo mamy rozerwanie więzu wewnętrznego kolana lub nawet złamanie kości. Samo bowiem rozerwanie przyczepów łąkotki, a nawet rozerwanie więzu krzyżowego nie sprowadza wcale wylewu krwi do stawu, albo bardzo nieznaczny — jak to widzieliśmy w naszym przypadku.

Rokowanie w przypadkach pierwotnego ostrego zwichnięcia łąkotek, w których nastawienie zazwyczaj udaje się dość łatwo, powinno być wątpliwe co do zupełnego wyzdrowienia. Pomimo bowiem uzasadnionego leczenia nie we wszystkich przypadkach udaje się zapobiedz pewnemu zwiotczeniu przyczepów łąkotek, co z konieczności prowadzi i usposabia do nawrotów. W przypadkach nawrotowego zwichnięcia rokowanie co do samoistnego wyleczenia, jak również co do leczenia zachowawczego jest bezwarunkowo niepomyślne, a tem bardziej, jeżeli mamy zasadę przypuszczać istnienie rozerwania łąkotki. W takich przypadkach zabieg operacyjny jest bezwzględnie wskazany.

W przypadkach urazowego zapalenia łąkotki rokowanie co do samoistnego wyleczenia jest wątpliwe, — pomyślne zaś po stosowaniu należytego leczenia mechano-termicznego.

Pierwszem wskazaniem wobec świeżego zwichnięcia czy uwięźnienia łąkotki jest nastawienie. Wspominaliśmy już poprzednio, że częstokroć następuje samoistne nastawienie, chory wykonuje mocny ruch wyprostny jeden, drugi — i chrząstka z pewnym trzaskiem wpada na swoje miejsce. Zniknięcie bólu i uczucia rozciągnięcia stawu natychmiast znika i powraca swoboda ruchów. Gdy nie następuje samoistne nastawienie, probujemy wykonanie paru biernych mocnych ruchów zginania i wyprostowywania, a gdy silne napięcie mięśni przeszkadza i chory wskutek bólu stawia przeszkody, należy uciec się do uśpienia.

Gdy proste ruchy zginania zawodzą, probujemy, zgiąwszy kończynę, wykonać najprzód parę ruchów obrotowych goleni i następnie szybki ruch wyprostny. Po dokonaniu odprowadzenia kończynę kładziemy w opatrunek unieruchomiający.

Zjawia się dość ważne pytanie — jak długo należy trzymać kończynę unieruchomioną. Dambrin pozostawia opatrunek na 2 tygodnie na tej zasadzie, że nawet rozerwana chrząstka zdąży zrosnąć się przez ten czas, przyczepy zaś po udanem nastawieniu uległy tylko rozciągnięciom a nie rozerwaniom. Rozpoczyna on po 2 tygodniach ruchy, miesienie i pozwala wkrótce chodzić. Morison zaś, wychodząc z tej zasady, że każdemu zwichnięciu łąkotki towarzyszy jej rozerwanie, unieruchamia kończynę na 6 tygodni, aby osiągnąć zupełny zrost; pozwalając wprawdzie chodzić choremu o kulach w unieruchom. opatrunku. Ogólnie wiadomo, jak długotrwałe unieruchomienie stawu wpływa ujemnie na mięśnie i na więzy — przeto sądziłbym, że okres 6 tygodniowy jest zadługi — wiemy bowiem, że przez ten czas następuje zupełny zrost nawet kości udowej. To też osobiście skłaniałbym się do postępowania Dambrina. Leczenie następcze po ostrem zwichnięciu ma na celu zabezpieczenie od nawrotów, a więc dążyć musimy do możliwie szybkiego postawienia tkanek w warukach prawidłowego odżywiania, aby przywrócić przyczepom łąkotek prawidłową sprężystość. Pierwszych kilka tygodni chory winien unikać wszelkich gwałtowniejszych i rozleglejszych ruchów w kolanie; dobrze więc jest zaopatrzyć i staw kolanowy w jakiś przyrząd gilzowy. Morison radzi, by chory starał się ustawiać odpowiednio stopę t. j. kierować więcej ku wewnątrz w zwichnięciu wewnętrznej łąkotki, i ku zewnątrz w zwichnięciu zewnętrznej. Radzi w tym celu używać jazdy na rowerze; gdyż ustawienie stopy w pedale jest zupełnie proste. Z nowych sposobów stosujemy na chory staw leczenie gorącem powietrzem w celu wywołania w głębszych warstwach czynnego przekrwienia. W razach niedającego się uskutecznić nastawienia powstaje otwarcie stawu. Pytanie, co się stać może z chorym, pozostawionym własnemu losowi z niereponowanem zwichnięciem? Morison jest zdania, że może nastąpić samoistne względne wyzdrowienie, a objaśnia to tem, że zwichnięta chrząstka z czasem ulega zanikowi wskutek tarcia pomiędzy końcami stawowymi kości. Wobec nawykowego zwichnięcia mamy podwójne zadanie — odprowadzić na razie i zabezpieczyć od ponownych nawrotów. Zachowawczy sposób leczenia jako to: noszenie przyrządów, miesienie, kąpiele i t. p. zwykle do

celu nie doprowadzają i jedyny słuszny środek jest zabieg operacyjny.

Zabieg operacyjny polega na otwarciu stawu i albo 1) na przymocowaniu zwichniętej łąkotki we właściwem miejscu — meniscopetia, albo 2) na częściowem jej usunięciu (meniscectomia v. exstirpatio menisci).

To pierwsze wykonał po raz pierwszy Annandale'a w 1883 r. Stąd nazwa tej operacyi „operacya Annandale'a".

Po otwarciu stawu zginamy o ile możności goleń do uda, co ułatwia obejrzenie wnętrza stawu; chwytamy zwichniętą łąkotkę szczypczykami, odprowadzamy na właściwe miejsce i umocowujemy przedni brzeg paru szwami do okostnej guzowatości goleniowej. Gdy znajdujemy częściowe lub całkowite pęknięcie łąkotki, korzystniej jest wykonać wtedy wycięcie, chociaż Dawies Colley wykonał w przypadku podłużnego pęknięcia łąkotki i zwichnięcia uprzednie zeszycie odcinków a następnie umocowanie szwami do okostnej. Do szwu lepiej użyć jedwabiu lub niegalwanizowanego żelaznego drutu, ażeby zapewnić mocną bliznę; struna może wessać się za wcześnie.

Wycięcie łąkotki całkowite natrafia zwykle na duże trudności techniczne, gdyż przez cięcie przednio-boczne stawu nie można dosięgnąć tylnego końca łąkotki. Usunięcie częściowe nie przedstawia zwykle większych trudności; chwytamy chrząstkę szczypczykami, uwalniamy ją od przedniego, następnie od okolnego przyczepu aż poza linię środkową, przecinamy chrząstkę krzywemi nożyczkami poprzecznie i usuwamy przednie $^{2}/_{3}$ części, więcej niema zwykle potrzeby. Staw następnie zeszywamy trzema warstwami szwów — chociaż szew na torebkę maziową jest zbyteczny — a więc na torebkę stawową strunowy, na skórę silkwornowy. Opatrunek aseptyczny lekko uciskający; kończyna wyciągnięta; unieruchomienie zbyteczne, gdyż nie wpływa wcale na skrócenie okresu zdrowienia, Morison twierdzi, że przeciętny okres powrotu do pracy jego chorych leczonych z unieruchomieniem pooperacyjnem wynosił 11 tygodni a bez unieruch. $12^{1}/_{2}$ tygodnia.

Cięcie do otwarcia stawu powinno być tak poprowadzone, aby o ile możności uprzystępnić wnętrze stawu dla wzroku i narzędzi, a z drugiej strony powinno szczędzić więzy stawowe ze względu na przyszłą czynność stawu. Najodpowiedniej-

sze ku temu jest cięcie podłużne 6 ctm. długuści pośrodku między wewnętrznym brzegiem więzu rzepkowego a przednim brzegiem więzu wewnętrznego kolana (Dambrin i Morison). Środek tego cięcia odpowiadać winien linii międzystawowej. W razach koniecznych, do tego cięcia dodać można drugie boczne, idąc równolegle do wewnętrznego brzegu piszczeli; przecinamy skórę, włókna torebki stawowej i błonę maziową. Rozszerzając ranę, mamy dostateczny zupełnie dostęp do wnętrza kolana.

To cięcie ma tę jeszcze wyższość przed innemi, a przedewszystkiem przed cięciem poprzecznem przez lig. patellare, że nie wymaga następczego unieruchomienia stawu, jak to już wspominaliśmy; umożliwia przeto zaraz po zagojeniu rany rozpoczynanie ruchów, mięsienia i chodzenia.

Jednakże w cięższych uszkodzeniach np. nasze — cięcie poprzeczne, jako dające większy dostęp i odsłaniające wnętrze stawu na większej przestrzeni okazuje się niezbędnem i nieraz lepszem.

Dambrin przytacza statystykę 122 przypadków, zebranych z nowszego piśmiennictwa; jest to liczba dość pokaźna, aby można wyprowadzić pewne wnioski. Śmiertelnego zejścia nie było wcale; powikłanie podczas gojenia rany — dłuższe ropienie zanotowano w jednym przypadku Allinghama. Co się tyczy ostatecznych wyników czynnościowych, to autor dzieli je na 4 kategorye: zupełnie pomyślny, pomyślny: lichy i zły. Do pierwszej grupy zalicza te przypadki, w których czynności kończyny powróciły zupełnie, nie było zgoła żadnej różnicy pomiędzy zdrową i chorą kończyną i chory tak, jak przed chorobą, mógł wykonywać wszelkie czynności. Takich przypadków naliczył autor w swej statystyce 74; przytacza tu parę wybitnych spostrzeżeń, mianowicie: pewien chory po dwóch miesiącach od czasu operacyi mógł swobodnie tańczyć i siedzieć na koniu. Pewien żołnierz wkrótce po operacyi powrócił do czynnej służby; wykonywał dłuższe marsze i skoki; mógł swobodnie pływać...

Do drugiej kategoryi zalicza autor te zejścia pooperacyjne, w których powstało nieznaczne tylko ograniczenie zginania w kolanie — zresztą przytem chory mógł swobodnie chodzić — tych było 36.

Do trzeciej grupy zalicza te zejścia, w których pozostało znaczne ograniczenie ruchów w kolanie, obrzęk stawu i słabość — takich znajdujemy w statystyce 6 przypadków.

Do czwartej wreszcie grupy, gdzie nastąpiło zupełne zesztywnienie w stawie kolanowym, zalicza autor jeden tylko przypadek.

Co się tyczy nawrotów cierpienia po operacyach, to w żadnej historyi przypadków niema o tem wzmianki; żaden z operowanych chorych nie zgłosił się do swego chirurga ponownie z cierpieniem, z czego wnosić należy, iż skutki operacyi są trwałe.

Niezmiernie zajmujące jest porównanie wyników czynnościowych obu zabiegów—przyszycia i wycięcia łąkotki. Pierwsza z nich dała wyników b. dobrych 21; dobrych 10; lichych 3 i jeden zły. Druga zaś dała b. dobrych 53; dobrych 26; lichych 3 i żadnego złego.

Wobec tych wyników wskazania do przymocowania powinny być bardzo ograniczone — mianowicie do przypadków, w których mamy rozluźnienie przedniego przyczepu i w przypadkach nieznacznych uszkodzeń przedniego lub bocznego przyczepu.

Statystyka Morisona dotyczy jego osobistych spostrzeżeń za przeciąg czasu od 1900 r. do 1907. Z 58 przypadków w 17 ostateczny wynik niewiadomy, gdyż ślad chorych zaginął; z liczby 41 chorych 3 chorych nie może pracować; 38 uważa się za zupełnie zdrowych. Przy powtórnych oględzinach tych 3 chorych niezdolnych do pracy znaleziono rozległe przewlekłe zapalenie stawu — na co dwóch z tych chorych cierpiało jeszcze przed operacyą. Autor dodaje, że w kilku przypadkach podczas operacyi zauważył zmiany zapalne w stawie — mianowicie: zgrubienie i przekrwienie błony maziowej, jej przerost; nadżerki chrząstek stawowych piszczeli i uda. W trzech takich przypadkach po operacyi objawy te ustąpiły, a ruchy w stawie były doskonałe; w żadnym przypadku nie nastąpiło pogorszenie i nie było żadnych poważniejszych powikłań pooperacyjnych. Śmiertelnego zejścia ani jednego nie zanotowano.

Statystyka Morisona dotyczy tylko wyników wycięcia łąkotki. — Szkoda. że autor nie podaje, w jakich przypadkach operował — czy w ostrych — czy też nawrotowych.

Ostateczny wynik w naszym przypadku jest nam, niestety, niewiadomy, gdyż chora nie zgłosiła się ponownie. Podczas opuszczania szpitala wynik był lichy, można zaliczyć go do 3-ciej kategoryi Dambrina — gdyż chora chodziła kulejąc, skarżyła się na słabość i bóle w stawie; a ruchy w kolanie były ograniczone, rzepka nieruchoma. Wprawdzie przypadek nasz zaliczyć należy do ciężkich, a wynik niezupełnie dobry nie zależy jedynie od samej operacyi, lecz od licznych uszkodzeń stawu kolana. Pozatem chora, mając możność chodzenia i ograniczonego zginania stawu, nie chciała dłużej pozostać w szpitalu.

Wobec tego, że usunięcie łąkotki wewnętrznej dawało funkcionalne wyniki dobre, należy przypuścić, że obecność jej nie jest niezbędna dla czynności kolana. Najprawdopodobniej czynność główna przypada w udziale łąkotce zewnętrznej, która jest i grubsza i lepiej umocowana.

Liczne są czynniki, powodujące zwichnięcie łąkotek, poczynając od prostych, aż do nader powikłanych, jak np. w nieszczęśliwych wypadkach z maszynami. Skok lub upadek z pewnej wysokości na wyprostowane kończyny i raptowne zgięcie lub wyprostowanie kończyny w kolanie; podwinięcie się nogi podczas schodzenia ze schodów, a szczególnie podczas różnych gier sportowych. Dość często spotyka się te wypadki pośród górników, którzy zmuszeni są pracować w niewygodnych warunkach, najczęściej w zgiętej pozycyi. Im czynniki te są prostsze, tem łatwiej wytłomaczyć sobie można sam mechanizm zwichnięcia, znając stosunki anatomiczne w stawie kolanowym; im wypadek bardziej złożony, tem trudniej jesteśmy w stanie wyjaśnić sobie cały mechanizm. Łąkotki, w warunkach prawidłowych ruchome tylko w pewnych granicach, przystosowują się do ruchów i wypukłości kłykci stawowych uda; ruchomość ta zależy od działania mięśni — szczególnie mięśnia grubego (m. vastus); od napięcia więzów bocznych kolana — głównie więzu wewnętrznego i od sprężystości dwóch przyczepów. Nierównomierne i niewspółrzędne działanie tych czynnikow wytrąca łąkotkę z jej właściwego w danej chwili miejsca. Jeżeli wzajemny stosunek powierzchni stawowych piszczeli i uda pod wpływem nadzwyczajnej siły przekroczy granicę fizyologiczną swej ruchomości, wówczas w pierwszej

chwili występuje przeciwdziałanie ze strony grup mięśni i więzów kolanowych a pośrednio i przyczepów łąkotek. Gdy to przeciwdziałanie jest zbyt gwałtowne, nie wszystkie tkanki, wchodzące tu w grę, wytrzymują napięcie i najsłabsze z nich podlegają nadmiernemu rozciągnięciu i utracie swej sprężystości lub też pękają. Ze tak jest, dowodzi np. pęknięcie więzu rzepkowego (lig. petellare) pod wpływem nadmiernego napięcia m. czworogłowego goleni (Dupont — rupture du ligament rotulien, these — 1908).

Doświadczenia, wykonane na trupach przez Schultzego. Teweneta i dawniej przez Brunsa i Pauzata wykazają, że udaje się niekiedy otrzymać zwichnięcie łąkotki, gdy przy zgiętej w kolanie kończynie skręcać silnie goleń nazewnątrz lub ku wewnątrz. Jeżeli jednocześnie — zginać kończynę w kolanie, goleń zaś silnie odprowadzać i skręcać nazewnątrz, to możemy wywołać rozerwanie więzu wewnętrznego kolana, któremu często towarzyszy zwichnięcie wewnętrznej łąkotki (Tevenet – de l'entorse interne de genou — these 1909). Przypominamy sobie, że w warunkach fizyologicznych, gdy kończyna jest silnie zgięta w kolanie, goleń znajduje się w pozycyi nieco odprowadzonej i zwróconej nazewnątrz, chodzi więc w doświadczeniu o to, aby spotęgować nadmiernie to ustawienie, a otrzymamy zwichnięcie. W nieszczęśliwych wypadkach ma to właśnie miejsce pod wpływem zachwianego w równowadze ciężaru ciała. Jeżeli chory zdaje sobie sprawę z przebiegu wypadku, to najczęściej opowiada, że upadł na bardzo zgięte kolano z podwiniętą golenią i wykręconą stopą. Rzecz oczywista, że w bardziej powikłanych nieszczęśliwych wypadkach np. pod wpływem siły maszyn uszkodzenia są głębsze a mechanizm prawdopodobnie zasadniczo ten sam, co i w wypadkach prostszych — chociaż trudno go bywa prześledzić. Z powyższego łatwo pojąć — dlaczego w wypadkach zwichnięcia łąkotek taka znaczna przewaga jest po stronie łąkotki wewnętrznej. Uszkodzenia łąkotki zewnętrznej są znacznie rzadsze i mają miejsce w warunkach bardziej zawiłych i pod wpływem cięższych urazów.

Bezpośredni uraz stawu kolanowego może również wywołać uszkodzenie łąkotki. Najmniej zabezpieczonem miejscem jest przedni brzeg i przedni przyczep łąkotki wewnętrznej, przy

zgiętym kolanie, gdyż wewnętrzna połowa szpary międzystawowej dosięga wtedy szerokości 2—3 poprzecznych palców.

Mężczyźni znacznie więcej od kobiet narażeni są na cierpienia urazowe łąkotek — szczególnie w wieku młodym od 20—30 lat.

PIŚMIENNICTWO.

Dambrin — Luxation des cartilages semilunaires du genou — Revue de chirurgie 1907.

Roux —Meniscite chronique traumatique, congrès Français de chirurgie 1895.

Thevenet — De l'entorse interne du genou, These de faculté de Lyon 1909.

Dupont — Rupture du ligament rotulien, These de faculté de Paris 1908.

Schutltze Ferd. die Luxiaton der Semilunarknorpel des Kniegelenks. Archir. für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie 1 Band 1 Heft 1903.

S. Hagenbeck — Meniscusverletzungen — Sammelreferat. Medicinische Klinik № 49 1907.

Rutherford Morison — Injury of the semilunar cartilages of the knee. Lancet № IX 1909.

Z oddziału D-ra Br. Sawickiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O zarośnięciu pochwy
(Atresia vaginae).

napisała

BALBINA WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Zwężenia i zarośnięcia zupełne pochwy nie są zbyt rzadkie. Znajdujemy je w rozmaitych odcinkach pochwy i u osobników rozmaitego wieku. W każdym z tych przypadków pochodzenie cierpienia i znaczenie jego dla ustroju bywa rozmaite. Zdarzają się przypadki zarośnięcia zupełnego błony dziewiczej u noworodków, które wywołują tak poważne powikłania z powodu nagromadzenia się w pochwie wydzieliny, że nareszcie muszą zwrócić na siebie uwagę i wymagają zabiegu chirurgicznego. W innych przypadkach zarośnięcia bądź to błony dziewiczej, bądź to pochwy w różnych punktach jej wysokości mogą przejść niespostrzeżenie aż do czasu wystąpienia pierwszej miesiączki.

Ponieważ, jak wspominaliśmy, w niektórych razach nieprawidłowość ta przechodzi niespostrzeżenie, często więc trudno sobie zdać sprawę, kiedy ona powstała.

Jeżeli mamy obok tego jakie inne zboczenia w rozwoju narządów płciowych, wtedy nie ulega żadnej wątpliwości, że są one wrodzone i zależne bądź to od zboczenia w rozwoju, bądź też od zmian, powstałych w czasie życia wewnątrzmacicznego. Często znajdujemy zarośnięcia zupełne pochwy wobec macicy podwójnej i pochwy podwójnej. Wtenczas mamy powikłania, jak oto: krwiak maciczny, krwiak jajowodowy jednostronny lub dwustronny i t. d. Zdarzają się jednak przypadki zupełnego zarośnięcia pochwy bez jakichkolwiek innych zmian w narządach płciowych. Tutaj wytłómaczenie pochodzenia tego cier-

pienia jest już o wiele trudniejsze. Dawniej wszystkie tego rodzaju przypadki uważano za wrodzone.

Prace Veita, R. Meyera, Nagela i innych dowiodły, że często zarośnięcie pochwy jest nabyte, że w czasie rozmaitych chorób zakaźnych, które często przytrafiają się w wieku dziecięcym, drobnoustroje mogą przedostać się do pochwy i bez żadnych poważniejszych objawów ze strony narządów płciowych wywołać tam zapalenie, owrzodzenie, które w dalszym ciągu może wytworzyć zwężenie, a nawet zupełne zarośnięcie pochwy. Veit utrzymuje, że wszelkie zarośnięcie pochwy u dorosłych wobec pojedyńczego kanału rodnego, zarośnięcie, które prowadzi do krwiaka pochwy i macicy — jest nabyte.

Po upływie pewnego czasu, na zasadzie nowych spostrzeżeń, Veit zrobił pewne odstępstwo, mianowicie przyznał, że niektóre przypadki mogą być wrodzone; te jednak, podług niego, dają objawy zaraz po urodzeniu, i albo samoistnie następuje pęknięcie błony zarośniętej, albo też objawy są tak poważne, że zmuszają do zabiegu. Autor ten utrzymuje, że we wszystkich innych przypadkach niemożliwem jest, by zarośnięcie było wrodzone. W innem miejscu Veit sam przyznaje, że zupełne zamknięcie pochwy daje objawy dopiero po dojściu do dojrzałości płciowej. Gdy następuje pierwsza miesiączka, gdy zjawiają się bóle co cztery tygodnie bez odpływu krwawego, okoliczność ta zwraca dopiero uwagę chorej i otoczenia na pewną nieprawidłowość w budowie narządów płciowych, co potwierdza się przez wzmagające się ciągle bóle i zjawienie się guza w dolnej części brzucha. Guz ten, który wyczuwamy w dole brzucha, jest to zwykle macica lub jajowody, wypełnione krwią (krwiak macicy, krwiak jajowodu). Powstanie tych guzów Veit tłómaczy także za pomocą swej teoryi zakaźnej, a mianowicie utrzymuje, że z pochwy przedostaje się zarazek do macicy i do jajowodów, tutaj powoduje zapalenie, które wytwarza zrośnięcie się strzępków i zamknięcie otworu otrzewnego jajowodu. Wskutek tego krew gromadzi się w jajowodzie i tworzy się krwiak jajowodu. Veit utrzymuje, że bez udziału drobnoustrojów krwiak jajowodu utworzyć się nie może.

W razie istnienia podwójnej macicy i pochwy, gdy zarośnięcie pochwy jest tylko z jednej strony, a krwiaki jajowodów są z obu stron, Veit tłómaczy powstanie krwiaka jajowodu ze

strony niezarośniętej w ten sposób, że drobnoustroje przedostają się przez otrzewną z jednego jajowodu do drugiego i tutaj również wywołują zapalenie, zrosty i zamknięcie zewnętrznego wylotu jajowodu.

Co do miejsca, w którem znajdujemy zarośnięcia pochwy, to bywa ono rozmaite. Czasami znajdujemy zarośnięcie zupełne całej pochwy, w innych zaś przypadkach znajdujemy jakby przeponę, dzielącą pochwę na dwie części. Przepona taka może się znajdować w rozmaitych miejscach, najczęściej jednak bywa na granicy górnej trzeciej części, albo też na granicy dolnej części pochwy.

Z powyższą teoryą zapalną Nagela-Veita zgadzają się nie wszyscy autorowie i uważają znaczną część przypadków zarośnięcia pochwy za wrodzoną. Menge jest jednym z obrońców teoryi wrodzonego pochodzenia zarośnięć. Dzieli on niedrożności pochwy na trzy rodzaje:

1-o Niedrożność zależna od nieprawidłowości budowy. Te są zawsze wrodzone. Zwykle zajmują znaczną część kanału rodnego.

2-o Niedrożność utworzona przez sklejenie się nabłonka. Większość wrodzona. Zwykle zajmują krótką część kanału, a więc najczęściej mają postać błony.

3-o Niedrożność wywołana przez bliznę łączno-tkankową. Wszystkie nabyte, zajmują krótszą lub dłuższą część kanału i doprowadzają często do zupełnego zaniku tegoż.

Objawy, jakie daje zarośnięcie, występują, jak to już wspominaliśmy, dopiero w okresie dojrzewania płciowego. Są to najczęściej bóle, które powtarzają się okresowo, co cztery tygodnie, bóle te ciągle wzmagają się, krew zaś nie wypływa nazewnątrz. Krew gromadzi się po nad miejscem zarośniętem, tworzy się krwiak pochwowy, później krwiak macicy, nakoniec krwiak jajowodu, to jest wypełnia się krwią pochwa, macica i jeden lub oba jajowody. Wypełnienie to daje następujące objawy: silne bóle, zatrzymanie moczu i kału przez ucisk, wywierany na pęcherz moczowy i odbytnicę. Wypełnienie krwią pochwy i macicy tłómaczy się mechanicznie: krew wydzielona z macicy nie może wydostać się nazewnątrz i gromadzi się powyżej przeszkody. Co do przyczyny powstawania krwiaka jajowodów, to, by krew mogła gromadzić się w jajowodzie, musi

być zarośnięty otwór zewnętrzny tegoż. Veit utrzymuje, że zarośnięcie to tworzy się z powodu zapalenia, wywołanego drobnoustrojami, które przedostają się z pochwy, zatem — zakażenie wstępujące. Inni autorowie, jak Menge, Gross utrzymują, że krew sama, lub wraz z wydzieliną jajowodu, wylewając się do otrzewnej, drażni ją i wywołuje miejscowe zapalenie bezgnilne, które powoduje zarośnięcie. Co do pochodzenia tej krwi w jajowodzie, to jedni utrzymują, że przedostaje się ona z macicy, Menge zaś twierdzi, że ucisk, jaki wywołuje guz macicy, zmienia warunki krążenia krwi i powoduje wynaczynienie i krwawienie w samym jajowodzie.

Coraz większe nagromadzenie się krwi powyżej miejsca zarośniętego może doprowadzić, o ile nie nastąpi zabieg chirurgiczny, do przedarcia się błony zamykającej, jak to było w naszym przypadku, albo też do pęknięcia guza i wylania się jego zawartości do tkanki łącznej, otaczającej pochwę i macicę. W innych przypadkach guz otwiera się do otrzewnej, co może dać bardzo poważne powikłanie. Czasamy też powstają zrosty z sąsiednimi narządami i może nastąpić pęknięcie do nich, naprz. do pęcherza moczowego.

Krew nagromadzona zmienia się, mianowicie staje się ciemniejszą i gęstszą, nie rozkłada się jednak, o ile nie dostaną się do niej w jakikolwiek sposób drobnoustroje.

Rozpoznanie zarośnięcia pochwy jest najczęściej bardzo łatwe. Jeżeli w czasie dojrzewania płciowego zjawiają się bóle, a miesiączka nie nadchodzi, jeżeli potem zjawia się guz, który stale powiększa się i wielkość jego ulega wahaniom okresowym, wtenczas łatwe jest zrobienie właściwego rozpoznania. Trudniejsze są przypadki, gdy jest podwójna macica i zarośnięcie jest tylko z jednej strony, gdyż miesiączka może być wtenczas prawidłowa. Wówczas tylko miejscowe i bardzo szczegółowe badanie może nam wyjaśnić przyczynę cierpienia. Jeżeli zarośnięcie pochwy jest nizko, wtenczas odrazu widzimy wypuklającą się błonę. W dalszym ciągu, badanie przez odbytnicę pomaga nam do zrobienia rozpoznania. Badanie przez pochwę wskazuje, że kończy się ona ślepo; szyi macicznej wyczuć nie możemy.

Co do leczenia, to musimy tutaj, jak i w wielu innych chorobach, myśleć przedewszystkiem o zapobieganiu. Ponieważ

wiemy, że w niektórych przypadkach, jakkolwiek nie tak często, jak podaje to Veit, zakażenie miejscowe może wywołać zapalenie, owrzodzenie, a nawet zarośnięcie pochwy, musimy więc na miejscowe cierpienia narządu rodnego u małych dziewczynek zwracać baczniejszą uwagę, niż to robiono dotychczas. A więc już zaraz po urodzeniu trzeba pamiętać o błonie śluzowej narządów rodnych wobec jakiegokolwiek podejrzenia odnośnie rzeżączki, gdyż i tutaj błona śluzowa pochwy tak samo narażona jest na zakażenie, jak i spojówka oka. Następnie, wobec jakiejkolwiek choroby zakaźnej należy w czasie choroby lub po skończeniu tejże w każdym przypadku zbadać dokładnie narządy rodne, czy niema tam zapalenia, żeby dość wcześnie rozpocząć leczenie tegoż. W ten sposób zakażenie nie przejdzie niespostrzeżenie i nie da w przyszłości poważniejszych powikłań. Co do leczenia samego zarośnięcia pochwy, to jest ono zależne od tego, w jakim miejscu jest zarośnięcie i jakie są powikłania tegoż. Jeżeli miejsce zarośnięcia ma postać błony, stanowiącej przegrodę, po za którą reszta narządów rodnych jest prawidłowa, wtenczas leczenie jest bardzo łatwe: przecina się przegrodę lub rozszerza się już istniejący w niej otwór. Trudniejsze jest leczenie, jeśli są obecne powikłania takie, jak krwiaki pochwy, macicy i jajowodów. Dawniej uważano takie przypadki za bardzo poważne, ponieważ leczenie operacyjne dawało często niepomyślne wyniki. Wyniki tego rodzaju zależne są od zakażenia. Jeżeli przetniemy od dołu przegrodę, wówczas drobnoustroje mogą dostać się do krwi, nagromadzonej w pochwie, w macicy i jajowodach, spowodować rozkład tejże; mamy tutaj zakażenie wstępujące, które może także przenieść się i na otrzewną. Więc we wszystkich przypadkach, gdzie mamy krwiak jednego lub obu jajowodów, należy rozpoczynać od cięcia brzucha i naprzód usunąć guz jajowodu, żeby w ten sposób zabezpieczyć się od przeniesienia zakażenia na otrzewną. Dopiero po usunięciu jajowodu można przeciąć przegrodę w pochwie i tędy opróżnić pochwę i macicę.

* *

Po tych uwagach ogólnych podam nasze spostrzeżenie.

Chora N. S., lat 30, przybyła z prowincyi dla leczenia się z powodu niepłodności i została skierowaną do oddziału przez D-ra Kurtza. Poprzednio leczyła się już wielokrotnie, lecz bez pomyślnego wyniku. Opowiada, że pierwsza miesiączka była w 17-ym roku życia. Poprzednio miała silne bóle w dole brzucha, i przez ostatnie parę tygodni przed zjawieniem się miesiączki było zatrzymanie moczu i kału. W czasie tego, co chora nazywa



pierwszą miesiączką, wylała się nazewnątrz znaczna ilość płynu krwistego. Od tego czasu miewała miesiączki prawidłowe, niezbyt obfite, ale bez bóli. Chorób żadnych w dzieciństwie nie przechodziła. Zamężna jest od lat 12-tu, ani razu w ciąży nie była.

Chora średniego wzrostu, prawidłowej budowy, dobrze odżywiona. W wewnętrznych narządach nie znajdujemy widocznych zmian. Badanie

miejscowe wykazało: pochwa ma długości tylko parę centymetrów; macicę wyczuwamy oddzielnie, wyżej, niż koniec pochwy; szyi macicznej przez pochwę nie wyczuwamy. Przez odbytnicę wyczuwamy dosyć dokładnie całą macicę i jej przydatki zupełnie prawidłowe. Po rozszerzeniu pochwy wziernikiem widzimy, że pochwa kończy się ślepo i w górnym końcu pochwy odnajdujemy z trudem maleńki otworek, przez który udaje nam się wprowadzić zgłębnik. Przez otwór ten, po rozszerzeniu jego, wylała się nieznaczna ilość płynu śluzowo-ropnego. Przegroda wyżej wymieniona znajduje się w odległości 2—3 centym. od błony dziewiczej, której brzegi dokładnie widzimy. Błona śluzowa, pokrywająca przegrodę, jest tylko nieco gładsza od zwykłej śluzówki pochwy. Otwór w przegrodzie znajduje się bliżej przedniej ściany pochwy.

W uśpieniu chloroformowem wykonano operacyę. Po włożeniu zgłębnika rowkowanego przecięto przegrodę pionowo w kierunku ku górze i ku dołowi. Przegroda była dość cienka w pobliżu otworu, dalej zaś przy swojej nasadzie coraz grubsza, tak że w obwodowej części grubość przegrody dochodziła do 4 — 5 milimetrów. Przegroda po obu stronach była pokryta błoną śluzową, pomiędzy dwiema warstwami śluzówki wyraźnie było widać tkankę łączną i włókna mięśniowe. Wycięto z błony kawałek dla zbadania mikroskopowego, przecięte brzegi obszyto szwem ciągłym, strunowym. Po przecięciu przegrody znajdujemy dalszą część pochwy i szyję maciczną prawidłową. Przebieg pooperacyjny pomyślny, pacyentka po pięciu dniach wypisała się ze szpitala zdrowa. Po roku chora urodziła dziecko; ciąża i poród bez powikłań.

Badanie drobnowidzowe wyciętego kawałka błony. Cięcie preparatu wypadło skośne, tak że widziało się tylko z jednej strony śluzówkę i tkankę pośrednią. Widać, że śluzówka składa się z nabłonka płaskiego. Warstwa pośrednia składa się z tkanki łącznej i mięśni gładkich.

W danej chwili nie mamy więcej do rozporządzenia nad ten jeden przypadek, który aczkolwiek nie dość szczegółowo opisany, może nam jednak służyć za materyał do roztrząsania zagadnień teoretycznych, z zarośnięciem pochwy związanych. Najbardziej sporną sprawą jest obecnie pochodzenie i natura zarośnięcia. Gdy jedni z Veitem, Nagelem, R. Meyerem na czele twierdzą, że wszystkie przypadki niedrożności pochwy, w klinice widziane, były pochodzenia zapalnego i za życia pozamacicznego pacyentki nabyte, inni, jak Menge, Gross, Van Tussenbroek, Wechsberg, Rincheval i inni, nie zaprzeczając możliwości zapalnego pochodzenia zarośnięcia w jednych przypadkach, bynajmniej nie wyłączają z przyczyn zarośnięć -- postaci wrodzonej, na zaburzeniach w czasie rozwoju narządów rodnych oparte. Nasz przypadek określiliśmy jako zarośnięcie

pochwy wrodzone (Atresia vaginae congenita). Mamy na to dowody kliniczne i anatomiczne. Rozpatrzmy je po kolei.

Nasza pacyentka była zawsze zdrowa, żadnych chorób ani w dzieciństwie, ani w wieku późniejszym nie przechodziła; nie uległa ona żadnemu wypadkowi, któryby mógł wywołać urazowe zmiany w jej pochwie, a szczególniej nie przedstawiała żadnych objawów ze strony narządów rodnych, prócz, być może, nieznacznego opóźnienia miesiączki, co jednak może się zdarzyć i osobnikowi bez zarośnięcia pochwy. Jedynym objawem były tu bóle kłujące i ucisk na narządy sąsiednie przed przedarciem się błony. Pacyentka była zawsze dobrej budowy i zdrowego wyglądu. Takie wywiady wcale nie licują z chorobowym, zapalnym pochodzeniem zarośnięcia pochwy. Zapalenie, któreby było zdolne wywołać zarośnięcie pochwy, musi mieć swoją przyczynę. Przyczyny zapalenia w pochwie są, jak to widzieliśmy wyżej, rozmaite: zakażenie miejscowe wskutek ogólnej choroby zakaźnej, jak tyfus, szkarlatyna, błonica, odra; zakażenie zarazkiem, który wskutek blizkiego sąsiedztwa przedostał się do pochwy z kiszki stolcowej, lub też z jakiegokolwiek ogniska ropnego w blizkości pochwy: zapalenie gruczołów przedsionkowych, czyraki sromu; ograniczona zapalna zgorzel, jako objaw zakaźnej sprawy poporodowej; przewlekłe zapalenie starcze wskutek samorzutnego uwiądu błony śluzowej lub też zapalenie wskutek poranienia mechanicznego, np. podczas skomplikowanego porodu, lub wskutek obżarcia gryzącym środkiem leczniczym; zakażenie miejscowe pierwotne, np. rzeżączka, błonica, gruźlica.

Wspomniane wyżej postacie zapalenia pochwy zawsze dają kliniczne objawy: bóle, upławy, ropienie i t. d.; takie przypadki zapalenia pochwy, któreby rozwijały się zupełnie niespostrzeżenie ani dla lekarza, ani dla pacyentki, nie istnieją. Nasza chora żadnej z powyżej przytoczonych chorób nie przebyła, zarówno żadnego objawu chorobowego ze strony pochwy aż do pierwszej miesiączki nie wykazywała. Nie mamy więc powodu przypuszczać, że zarośnięcie u naszej chorej wzięło swój początek w jakiejkolwiek sprawie zapalnej ścian pochwy. Obrońcy teoryi wyłącznie zapalnego pochodzenia zarośnięcia pochwy twierdzą, że chore mogą przechodzić zapalenie pochwy bez objawów miejscowych, lub też objawy ze strony pochwy w czasie za-

kaźnej choroby zostają niespostrzeżone wobec ciężkiego stanu ogólnego. Nasza pacyentka nie przechodziła żadnej choroby, którąby mogła dać ukryte objawy zapalne w okolicy pochwy. Brak więc wszelkich powodów do miejscowego zapalenia zniewala nas do wyłączenia tej przyczyny zarośnięcia pochwy u naszej chorej.

Powyższy wniosek co do niezapalnego pochodzenia zarośnięcia pochwy w naszym przypadku zostanie potwierdzony i dalszym rozbiorem faktów z naszego spostrzeżenia. Mamy na myśli następujące szczegóły. Klinicznie stwierdzamy u chorej zarośnięcie pochwy co najmniej na 13 lat przed operacyą, to jest od chwili pierwszej miesiączki.

Pierwsze objawy zarośnięcia pochwy były wywołane przez miesiączkę: ból, objawy uciskowe ze strony pęcherza i odbytnicy, pęknięcie przepony z wypływem krwi. Od tego czasu do chwili zoperowania chorej wszystko u niej odbywało się prawidłowo i żadnych objawów chorobowych ze strony narządów rodnych nie spostrzegano. Wobec teoryi zapalnego pochodzenia zarośnięcia pochwy fakty te mogą tylko być tłómaczone w ten sposób, że od chwili powstania zarośnięcia sprawa zapalna w pochwie ustała. Jeżeli weźmiemy pod uwagę wyżej już przytoczony wniosek, że przynajmniej do pierwszej miesiączki chora żadnych nieprawidłowych objawów ze strony pochwy ani jakichkolwiek innych narządów nie przedstawiała, to wypadłoby przyjąć, że owa przepona powstała skutkiem zapalenia pochwy, które to zapalenie zdarzyło się tuż przed pierwszą miesiączką i które natychmiast wygasło Mogłaby to być ostra sprawa zapalna, którąby uwidoczniła się przecież w jakikolwiek sposób, czy to w postaci bólów, czy to upławów, czy też gorączki. Chora nasza nic podobnego u siebie nie spostrzegła; były bóle, lecz były one już skutkiem ucisku krwiaka pochwy na pęcherz mocz. i kiszkę stolcową. A więc i w okresie bezpośrednio poprzedzającym pierwszą miesiączkę również nie możemy wykryć początków i przyczyn zarośnięcia pochwy. Najprostszy wniosek z powyższego jest ten, że u naszej chorej przepona w pochwie utworzyła się w okresie życia wewnątrzmacicznego, i że zapalenie w tym przypadku powinno być wyłączone. Pierwsze zaś oznaki obecności zarośnięcia — były to objawy zatrzymania wydzielin. W tem miejscu zwracamy uwagę, że powyższe dane

kliniczne nie potwierdzają uogólnień Veita, że przepony pochwy, wywołujące kliniczne objawy, są wszystkie nabyte po urodzeniu, i są pochodzenia zapalnego; zarośnięcie błony dziewicze wrodzone zaraz po przyjściu na świat dziecka zwraca na się uwagę otoczenia i lekarza. Z naszego spostrzeżenia wynika przeciwnie, że istnieją przypadki zarośnięcia pochwy wrodzone, które mogą do okresu pierwszej miesiączki przetrwać bez dania objawów klinicznych. Wspomniemy tu o przypadkach Wechsberga i Rinchevala, w których pacyentki zwróciły się dopiero w 14-ym i 31-ym roku życia do lekarzy, z objawami zatrzymania wydzielin miesiączkowych. Badanie histologiczne błon wykazało, że w tych przypadkach zarośnięcie błony dziewiczej było wrodzone i nic wspólnego nie miało ze sprawą zapalną, a jednak do owego wieku nie zwróciło na się uwagi pacyentek.

Okres pomiędzy pierwszą miesiączką a operacyą u naszej chorej dostarcza nam zajmujących danych. Wiemy, że w 17-ym roku życia przepona pochwy została przerwana przez nagromadzone wydzieliny miesiączkowe; od owej chwili miesiączkowanie odbywało się prawidłowo i bez bóli. Żadnych objawów chorobowych nie było. Przed operacyą stwierdzono stan prawidłowy narządów rodnych. Podobne przykłady zarośnięcia pochwy bez powikłań ze strony macicy lub jajowodów nie godzą się z teoryą Veita. Podług niego krwiak macicy i krwiak jajowodu są tylko dalszym ciągiem sprawy zapalnej, która stworzyła zarośnięcie pochwy drogą szerzenia się zakażenia od dołu do góry. Nasz przykład, jak i doświadczenie innych autorów uczy, że ważnym momentem w tworzeniu się krwiaka macicy i jajowodu nie jest zapalenie dróg rodnych, lecz szczelne zamknięcie pochwy, przezwyciężające napór nagromadzających się wydzielin miesiączkowych. Menge słusznie zaznacza, że w zarośnięciach o cienkiej przeponie rzadziej zdarzają się omawiane tu powikłania, niż w zarośnięciach w górnej części pochwy, lub też szczególniej w zarośnięciach szyi macicy, gdzie zwykle błony zamykające bywają dosyć grube i odporne.

Okres pooperacyjny naszej chorej również daje nam możność zrobienia pewnego wniosku interesującego dla nauki o niedrożności. A mianowicie, w rok niespełna po zabiegu operacyjnym pacyentka pierwszy raz została matką, po stałej dotych-

czasowej bezpłodności, co dowodzi, że prócz pochwy wszystkie inne części narządów rodnych miały zupełnie prawidłową budowę. I ten fakt jest sprzeczny z teoryą Veita, podług której zarośnięcie pochwy wrodzone może jeszcze być dopuszczalne wobec innych jednocześnie zdarzających się zboczeń w budowie narządów rodnych.

Skoro jednak nie daje się spostrzedz nic nieprawidłowego, prócz jedynie zarośnięcia pochwy, w takim razie to ostatnie jest napewno pochodzenia zewnętrznego, zapalnego. W naszym przypadku widać, co zresztą nie jest odosobnione w piśmiennictwie, że zarośnięcie pochwy pomimo prawidłowej budowy reszty narządów rodnych, może być wrodzone.

Z kolei przechodzimy do przejrzenia danych odnośnie anatomii przepony pochwy. Z góry zaznaczamy, że są one nadzwyczaj skąpe, ale nawet takie są wystarczające do zużytkowania, w celu omówienia pytania, czy badana błona jest natury zapalnej, czy też wytworzyła się inną jaką drogą. Tembardziej możemy użytkować nasz materyał anatomo-patologiczny, że ten zgadza się z danemi podobnych poszukiwań wielu autorów, których niżej wspomniemy.

Z klinicznego badania naszego przypadku wynieśliśmy przekonanie, że zarośnięcie pochwy powstało przed urodzeniem się pacyentki. Rodzi się więc pytanie, czy owo zarośnięcie z okresu płodowego powstało wskutek zapalenia tkanek, czy też zboczenia w ich rozwoju w czasie kształtowania się pochwy. Veit, Meyer, Rauscher, Marchand i inni, broniąc zapalnej natury zarośnięcia pochwy u dorosłych kobiet, zaprzeczają teoryi Kussmaula o zapaleniu wewnątrzmacicznem płodu, i uważają tę teoryę za niedowiedzioną spostrzeżeniami. Nowsze badania przysporzyły jednak nauce faktów niezbitych, dowodzących, że płód w łonie matki może przechodzić zapalenie, mianowicie spostrzeżenie Buliusa jest w tym względzie zupełnie pewne, a bardziej jeszcze pewnemi są dane ze spostrzeżenia Kalba, cytowanego przez Mengego, w którem widziano blizny na twarzy noworodka po przebyciu liszaja (Herpes). Przyjmując tedy za możliwe wewnątrz-maciczne zapalenie u płodu, czy i w naszym przypadku przyjmiemy sprawę chorobową za przyczynę zarośnięcia pochwy?

W sprawie zapalnej u płodu przebieg zasadniczych zmian

anatomo-patologicznych nie jest inny, niż u dorosłego osobnika. Owrzodzenie miejscowe pochwy pozostawia w bezpośredniem zetknięciu ze sobą powierzchnie ran, które dają zrosty bliznowate. Zrosty te nie sa niczem innem, jak tkanką łączną uorganizowaną, której grubość może być ledwo dostrzegalną, np. w zabliźnieniu przez rychłozrost. Bez względu na cienkość blizny, tkanki takie, jak włókna mięśniowe, nie są w stanie jej przeniknąć; komórki nabłonkowe blizny nie przenikną, mogą ją co najwyżej pokryć, przechodząc po nad nią, o ile rozumie się tkanka łączna blizny nie przerośnie na tyle, by stanowić nazbyt szeroką przegrodę do przebycia.

Jeśli w przeponie w pochwie znajdujemy uorganizowaną tkankę mięśniową, czy powiemy, że jest ona wytworem zapalenia ściany pochwy? O tem mowy być nie może. W naszym przypadku mogliśmy stwierdzić na stronie zewnętrznej błony obecność płaskich komórek nabłonkowych, a pod nabłonkiem— warstwę tkanki łącznej, poprzecinaną w różnych kierunkach przez włókna mięśniowe gładkie. Z opisu makroskopowego wiemy, że i strona wewnętrzna błony była pokryta nabłonkiem. Mając na uwadze wzmiankowaną budowę przepony i zestawiając ją z tem, czem może być błona bliznowa, nie możemy twierdzić, że w przypadku naszym zarośnięcie pochwy jest natury zapalnej. Nasz opis anatomiczny przepony wielce przypomina wyniki badań histologicznych w przypadkach wrodzonego zarośnięcia błony dziewiczej Wechsberga, Rinchevala, Van Tussenbroeka. Ten ostatni zwrócił uwagę przed innymi na możność odróżnienia zarośnięcia pochwy wrodzonego od nabytego dzięki obecności uorganizowanej tkanki mięśniowej gładkiej w przeponach pierwszej odmiany. Prócz włókien mięśniowych, tkanki łącznej i płaskich komórek nabłonkowych na zewnętrznej stronie przepony, Wechsberg opisuje naczynia krwionośne, chłonne i nerwy; obok zaś płaskich komórek nabłonkowych opisał jednowarstwowy nabłonek walcowaty. Rincheval podaje wyniki badania histologicznego, podobne do powyższych. Ściśle przytem określa budowę nabłonka, pokrywającego wewnętrzną stronę przepony, zamykającej pochwę, mianowicie: jednowarstwowy szereg komórek nabłonkowych wciska się w warstwę podłoża łącznotkankowego i tworzy wgłębienia w postaci zwykłych gruczołów pochwy; w innych miejscach tworzy gładkie pokrycie

z komórek walcowatych. Van Tussenbroek, otrzymując takie same wyniki, podaje ponadto opis histologiczny przepony w miejscu błony dziewiczej w porównaniu z anatomią prawidłowej błony dziewiczej i wykazuje zasadniczą różnicę w obu tych przypadkach: obecność gładkich mięśni w pierwszej, brak ich— w ostatniej. Ten wniosek Van Tussenbroeka można uważać za pewny, choć anatomowie nie są bezwzględnie zgodni co do budowy prawidłowej błony dziewiczej: jedni sądzą, że zawiera ona włókna mięśniowe, inni temu zaprzeczają, co dowodzi, że jeżeli czasem zdarza się obecność tkanki mięśniowej w błonie dziewiczej, to nie jest to faktem ogólnym. Tymczasem w wyżej przytoczonych trzech przypadkach zarośnięcia błony dziewiczej uorganizowanej tkanki mięśniowej nie brakowało nigdy, co świadczy, że nie jest to wypadkowy zbieg okoliczności. Zarówno i w naszym przykładzie widzimy zupełnie to samo. Możemy więc wyprowadzić wniosek, że w skład budowy przepony (Atresia hymenalis cytowanych autorów, Atresia vaginalis w naszym przypadku) tkanka mięśniowa gładka wchodzi stale.

Powyższy fakt posłuży nam do określenia istoty zaburzenia, które wywołało zarośnięcie pochwy u płodu. Autorowie cytują pewną postać zarośnięcia pochwy przez sklejenie nabłonka. Ten rodzaj spotyka się w zarośnięciu błony dziewiczej i w zarośnięciu pochwy, wtedy, gdy błona śluzowa narządów rodnych nieprawidłowo rozwiniętych posiada osobliwą skłonność do zrostów w punktach zwężonych, np. w przypadkach podwójnej macicy lub macicy niesymetrycznie przegrodzonej. Ale w tych przypadkach nie ma mowy o wytworzeniu się nowego podłoża z tkanką mięśniową pod błoną śluzową w miejscu zarośnięcia. Nasz przypadek oczywiście nie w ten sposób powstał.

Podobieństwo w budowie przepony pochwy w naszym przypadku z przypadkami V. Tussenbroeka, Wechsberga i Rinchevala pozwala wnioskować o podobieństwie pochodzenia. Powyżsi autorowie tłómaczą swoje przypadki pierwotnem zaburzeniem w rozwoju zarodkowem. Tłómaczenie to uznajemy dla naszego przypadku za najbardziej zgodne z faktami spostrzeżenia klinicznego i z danemi badania histologicznego: a więc jest to zarośnięcie wradzone pierwotne.

Nadewszystko uderza nas to, że budowa przepony w ni-

niejszym przypadku, zarówno jak i w tych, które podano w piśmiennictwie, przypomina w zupełności budowę ściany pochwy; to nam daje do myślenia, że ukształtowanie przepony nastąpiło jednocześnie z uformowaniem się pochwy i z tych samych pierwiastków zarodkowych, co ta ostatnia.

Wechsberg i Rincheval stwierdzili badaniem mikroskopowem przepony, że nabłonkowe komórki walcowate wyściełają podłoże z tkanki łącznej i mięśniowej. Szczególniej interesującym jest opis ostatniego autora, który wyraźnie notuje nabłonek walcowaty po stronie wewnętrznej przepony, płaski zaś na stronie zewnętrznej. Otóż obecność nabłonka walcowatego, jako też gładkich mięśni w przeponie, autorowie ci uważają za pozostałości z przewodów Müllera. Można to sobie wyobrazić w ten sposób, że przewody Müllera, rozrastając się w kierunku zatoki moczowopłciowej, dosięgają miejsca, w którem prawidłowo tworzy się właściwy otwór pochwy. Wydrążając się w środku przewody Müllera tworzą pochwę, dając wszystkie składowe części jej ściany. Prawidłowo masywne końce tych przewodów również wydrążają się, w przypadkach zaś nieprawidłowych końce przewodów nie wydrążają się i tworzą przeponę. W ten sposób zarośnięcie błony dziewiczej tłómaczy się pierwotną nieprawidłowością rozwoju zarodkowego tkanek. Teorya ta wydaje się prawdopodobną i możliwą do przyjęcia i w naszym przypadku, lecz z pewną zmianą.

Przepona w naszym przypadku znajdowała się w głębi pochwy na 2 do 3-ch ctm. od błony dziewiczej, czyli mniej więcej na dolnej trzeciej części pochwy. Jeżeli powyższe tłómaczenie jest dobre dla przypadków Tussenbroeka, Wechsberga i Rinchevala, którzy mieli do czynienia z zarośnięciem błony dziewiczej, to dla naszego przypadku trzeba ją odpowiednio zmienić. A mianowicie trzeba przypuścić, że końce przewodów Müllera zatrzymały się na pewnej odległości od zatoki moczowopłciowej, której ektoderma wtłoczyła się wewnątrz; na wysokości późniejszego zarośnięcia obie warstwy zarodkowe spotkały się i nie uległy dalszej przemianie: przedziurawieniu i zanikowi. W ten sposób utworzyła się niedrożność pochwy. Gross podaje dwa przypadki zarośnięcia pochwy, które również tłómaczy w ten sposób. Nasz przypadek zdaje się być klinicznem potwierdzeniem zarodkowej teoryi Bolka, podług której pochwa tworzy

się z dwóch pierwiastków zarodkowych: pars Müllerica, czyli końcowej części przewodu Müllera, który rozwija się od góry do dołu, i pars adjuncta, utworzonej z wpochwienia się zatoki moczowopłciowej.

Jeszcze inny rodzaj zboczeń rozwojowych przemawia na korzyść tej teoryi, mianowicie przypadki z niedorozwinięciem lub z zupełnym brakiem wszystkich części narządów rodnych, aż do dolnej części pochwy, która się przedstawia zupełnie prawidłowo; jakoteż przypadki brakującej dolnej części pochwy obok dobrze ukształtowanej reszty narządów rodnych.

A teraz nasuwa się pytanie, czy zarośnięcia wrodzone zarodkowe nie zdarzają się i na innych wysokościach pochwy. Mamy tu na myśli dawnych autorów, którzy przypuszczali, że pars adjuncta spotyka się z pars Müllerica właśnie na poziomie górnej trzeciej części pochwy. Widzimy więc, że to zagadnienie zarośnięcia części rodnych u kobiet bynajmniej nie jest wyczerpane i że poszukiwania kliniczne i anatomopatologiczne w tym kierunku mogłyby być interesujące nietylko dla wywodów klinicznych, ale i czysto teoretycznych.

Zakończymy uwagą, że stwierdzamy możliwość zarośnięć pochwy wrodzonych pochodzenia zarodkowego u kobiet dorosłych, wbrew twierdzeniom Veita i innych, lecz nie twierdzimy, że wszystkie odnośne zarośnięcia są tej samej natury. Gdy liczba owych badań pomnoży się, będzie można ściślej określić stosunek zarośnięć zarodkowych do nabytych.

PIŚMIENNICTWO.

Bocheński. Przyczynek do postępowania w przypadkach b. znacznego zwężenia pochwy. Tygodnik Lekarski. 1906. str. 319, 332.

— Pokaz chorej z zarośnięciem pochwy po porodzie. Przegl. Lek. 1906. str. 644.

— Przedstawienie 2 chorych ze znacznem zwężeniem pochwy po porodzie. Przegl. Lek. 1906. str. 339, 436.

Bolk. Zeitschr. f. Anthrop. u. Morphol. 1897. Tom 10.

Bulius. Ueber Atresia Vaginalis congenita. Verhandl. d. Deutschen Gesell. f. Gyn. IX. 1901.

Bulius. Verhandl. d. Deutsch. Gesell. f. Gyn, Würzburg. 1903.
Chodakowski. Przegl. Lek. 1897. str. 360.
— Colpitis adhaesiva u 19-letniej dziewczyny. Now. Lek. 1892. str. 285.
Gross E. Beitrag zur Klinik d. Gynatresien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 64, 1909.
Katz. Ueber Blutanhaufung b. doppelten Genitalien mit Verschluss einer Seite. Arch. f. Gyn. Tom 74.
Kaufman. O niedrożności przewodu płciowego u kobiet. Gazeta Lek. 1904. str. 219, 247.
— O niedrożności przewodu płciowego. Czas. Lek. 1902. str. 517.
Kussmaul. Von dem Mangel, der Verkrümmerung und Verdoppelung der Gebarmutter. Würzburg 1859.
Marchand. Ueb. Verdoppelung d. Vagina b. einfachem Uterus. Ztblt. f. Gyn. 1904.
Menge K. Bildungsfehler d. weiblichen Genitalien. Die angeborene Verschlüsse d. Geschlechtskanales. Handb. der Gynakologie I. Veit. Tom 4. 1910.
Mainzer T. Zur Aetiologie und Therapie der Gynatresien, insbesondere des Haematosalpnix b. Gynatresie. Arch. f. Gyn. Tom 57.
Meyer R. Zur Aetiologie der Gynatresien auf Grund der einschlagigen Kasuistik. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 34.
— Der Haematosalpinx b. Verschlüssen doppelter Genitalien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 36.
Nagel W. Zur Lehre von Atresie der weiblichen Genitalien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1896. Tom 34.
Neugebauer Fr. Przedstawienie chorej z haematocolpometra. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1904. Z. IV. str. 807.
— Zur Lehre v. d. angeborenen u. erworbenen Verwachsungen u. Verengerungen d. Scheide. Berlin 1895.
— Przypadek zwężenia pochwy. Pam. Tow. Lek. 1895. str. 1049.
— Dwa przypadki zarośnięcia i zwężenia pochwy po porodzie. Pam. Tow. Lek. 1894. str. 745.
— Atresia vaginae in puerperio acquisita. Kron. Lek. 1893. str. 125.
Rauscher G. Ueb. Haematosalpinx b. Gynatresien Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 49.
Rincheval. Dissertation. Würzburg 1889.
Staniszewski W. Przypadek wrodzonego ograniczonego zwężenia pochwy. Kron. Lek. 1895. str. 138.
Stratz C. H. Entzündung u. Zirculationsstörungen der Ovarien u. Tuben. Berlin 1892.
— Blutanhäufungen b. einfachen u. doppelten Genitalien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 45:

Tussenbroek C. van. in Fortschritte f. Geb. u. Gyn. 1900.

Veit J. Erkrankungen der Vagina. Stenose u. Atresie der Scheide. Handb. f. Gynakol. J. Veit. Tom 3. 1910.

— Ueb. Haematosalp. b. Gynatresien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 34.

Wechsberg Leo. Zur Histologie d. hymenalen Atresie d. Scheide. Wiener Klinische Wochenschrift. Nr. 43. 1903.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Zastosowania lecznicze radu.

Podług seryi odczytów, w sprawie tej wygłoszonych w Muzeum Historyi Naturalnej w Paryżu w lipcu 1909 roku,

zestawił

CZESŁAW JANKOWSKI.

Zeszyt lipcowy Archives Générales de Médecine poświęcony został w całości wykładom, odbytym w Muzeum Historyi Naturalnej w Paryżu w sprawie zastosowania leczniczego radu. Zadaniem wykładów tych było odtworzenie całokształtu stanu dzisiejszego wiedzy o radzie ze strony fizycznej, fizyologicznej, przedewszystkiem zaś leczniczej. Poniżej przedstawiamy w krótkiem streszczeniu główniejsze punkty wytyczne tych wykładów, uwzględniając osiągnięte drogą zastosowania radu wyniki lecznicze w poszczególnych działach stanów chorobowych.

I. Promieniotwórczość. Już w r. 1896 Poincaré, wychodząc z założenia, że promienie Röntgena wydawane zostają przez szkło, wprowadzone w stan fluorescencyi, wypowiedział przypuszczenie, że inne jakiebądź ciała, posiadające własności fluorescencyi w stopniu dostatecznie natężonym, bez względu na przyczynę fluorescencyę wywołującą, pozyskują, być może, właściwość wytwarzania oprócz promieni świetlnych—promieni rentgenowskich, innemi słowy, że elektryczność nie stanowi wyłącznej przyczyny powstawania tych ostatnich. H. Becquerel, sprawdzając twierdzenie powyższe drogą doświadczalną, odkrył przypadkowo, że i fluorescencya również nie jest niezbędnym warunkiem powstawania promieni X. Wykrył on, że wszystkie sole uranu, zarówno fosforyzujące jak i niefosforyzujące, wydają samoist-

nie z siebie promienie, które zarówno jak promienie X posiadają własność oddziaływania na kliszę fotograficzną po przez ciała twarde: drzewo, metale, papier i t. d., oraz, aczkolwiek w stopniu mniejszym, niż promienie Röntgena, własność jonizowania gazów. W ten to sposób odkryta została promieniotwórczość, promienie zaś nowe pozyskały nazwę promieni Becquerela. Podczas prac nad promieniotwórczością niektórych minerałów zwrócił uwagę pp. Curie fakt niezmiernie ważny. Minerały, zawierające uran, tem samem winny były być promieniotwórcze, lecz, rzecz naturalna, w stopniu mniejszym, niż sam uran; tymczasem spostrzeżono, że blenda uranowa, pochodząca ze zbioru mineralogicznego Muzeum, posiada promieniotwórczość siedm razy wyższą, niż uran metaliczny. Zależeć to mogło tylko od obecności w owej blendzie pierwiastku lub pierwiastków nowych, posiadających w stopniu wysokim właściwość wydawania promieni Becquerela. Przy pomocy tedy Bemonta rozpoczęli pp. Curie rozbiór szczegółowy blendy uranowej i wyodrębnili z niej trzy nowe pierwiastki promieniotwórcze:

1. polon, odkryty przez Curie-Skłodowską,
2. rad, odkryty przez pp. Curie i Bemonta,
3. aktyn — przez Debierne'a.

Polon stanowi właściwie produkt dezintegracyi radu, daje wszystkie odczyny chemiczne bizmutu; aktyn, mało zbadany dotychczas, daje odczyny grupy żelaza. Obu tych pierwiastków nie otrzymano dotychczas w stanie czystym, nie otrzymano również ich widma. Rad, którego siła promieniowania jest 2.000.000 razy większa od siły uranu, zdołano otrzymać w stanie czystym. W działaniu radu odróżnia się obecnie 3 rodzaje promieni: α, β, γ. Promienie β ulegają odchyleniu przez pole magnetyczne, mają zatem własności promieni katodalnych, lecz są nieskończenie więcej od nich przenikliwe; szybkość ich wynosi od $^2/_3$ do $^1/_{100}$ i mniej szybkości światła. Promienie α o elektryczności dodatniej odpowiadają t. zw. „kanałom" Goldsteina w rurach rentgenowskich; ulegają one odchyleniu przez pole magnetyczne w kierunku odwrotnym i stopniu mniejszym, niż promienie β, od których również posiadają mniejszą szybkość. Promienie γ, odkryte przez Villarda, nie ulegają żadnemu wpływowi pól magnetycznych i poza promieniowaniem w kierunku linii prostej wyłamują się z pod wszystkich praw optyki — nie

odchylają się i nie przełamują. Promienie radu mają różny stopień przenikliwości: blaszka glinu grubości zaledwie kilku setnych milimetra już zatrzymuje całkowicie promienie α; promienie β w stosunku do glinu mają taż samą przenikliwość, co promienie X, przechodząc jednak przez ciała inne, np. przez tkanki ustroju ludzkiego, zatrzymują się już na odległości kilku milimetrów od powierzchni. Zależy to od różnej istoty promieni tych: gdy bowiem istota promieni X polega na drganiach eteru, promienie β powstają skutkiem ruchu ciałek swoistych, naładowanych elektrycznością, uważanych za niedziałkę pierwotną elektryczności (elektron), a posiadających własności balistyczne. Homologami prawdziwymi w stosunku do promieni rentgenowskich są promienie γ radu—posiadają bowiem też same własności fizyczne, różnią się jednak stopniem przenikliwości, gdyż promienie γ przenikają przez wszystkie części ustroju ludzkiego — części miękkie i kości — jednakowo, nie ulegając ani pochłonięciu przez nie, ani osłabieniu. Promieniowanie radu wywiera działanie fizyczne, chemiczne lub biologiczne. Działanie chemiczne jest niezmiernie urozmaicone, dotychczas jeszcze mało zbadane w szczegółach, najbardziej znanym jego objawem jest własność odtleniania soli srebra, co daje efekt fotograficzny, dzięki któremu odkrytymi zostały promienie Becquerela. Powoduje ono również zmianę w zabarwieniu niektórych minerałów, soli lub substancyi szklistych. Tak np. naczynia, w których przechowywano sole radonośne (radifery), nabieraja barwy brunatnej lub fioletowej. Rad powoduje lub ułatwia utlenianie się metali na powietrzu. Działanie radu fizyologiczne, również wielorakie, nazwane być może w zasadzie działaniem niszczącem. Rośliny, zwierzęta, nasiona i t. p., poddane przez czas dostateczny działaniu promieni radu, ulegają zniszczeniu zupełnemu. W większości jednak przypadków w okresie, poprzedzającym zniszczenie, występują objawy wzmożonego natężenia objawów życiowych lub zmiany ewolucyjne w niektórych tkankach, — na tej to własności oparte jest działanie lecznicze radu. Własności fizyczne promieniowania radu również liczne, sprowadzić się dają do zjawisk cieplikowych, świetlnych, elektrycznych, lub, ogólnie biorąc, energetycznych. Najważniejszą z nich jest własność jonizacyi, następnie zaś wywoływanie w wielu ciałach zjawisk fosforescencyi. Rad posiada jeszcze jedną własność nie-

zmiernie szczególną i zadającą poniekąd kłam pojęciom dotychczasowym o niezmienności pierwiastków chemicznych. Mówimy tu o t. zw. dezintegracyi radu. Curie zauważył, że najrozmaitsze ciała, umieszczone w sąsiedztwie bezpośredniem z radem, nabierają same na czas pewien własności promieniotwórczych. Promieniotwórczość ta, jak wyjaśnił Curie, zależy od pewnego rodzaju gazu, czy pary, wydzielającej się (emanującej) z radu i osiadającej na przedmiotach sąsiednich. Zjawisku temu nadał on nazwę emanacyj. Przez czas dość długi wątpiono w istnienie materyalne emanacyi radu, i uważano ją za sprawę indukcyjną, analogiczną np. do magnesowania przez zetknięcie. Ramsay jednak zdołał otrzymać emanacyę radu w postaci gazu materyalnego w ilościach nieskończenie małych. Gaz ten posiadał widmo, niepodobne do żadnego z ciał znanych. Po dniach kilku widmo ulegało zmianom i w miarę, jak znikała promieniotwórczość, uległo przemianie na widmo helium. Emanacya aktynu również przeistacza się w helium (Debierne). Mielibyśmy tu zatem do czynienia ze zjawiskiem, stanowiącem marzenie dawnej alchemii — zamianę jednego pierwiastku chemicznego na inny.

II. Metodyka stosowania radu w celach leczniczych. Leczenie radem nowotworów złośliwych. (Dominici). W celach leczniczych poddajemy tkanki żywe działaniu promieniowania, wydawanego przez przyrządy radonośne, bądź też wprowadzamy do nich emanacyę radową lub rozpuszczalne albo nierozpuszczalne sole radu, lub wreszcie różne ciała, zawierające domieszkę tych soli. Najczęściej stosowane i najdokładniej zbadane jest działanie, wywierane na tkanki przez promieniowanie radu. Przyrządy w celu tym stosowane dzielą się na dwa rodzaje: jedne z nich składają się z trzonka z przymocowaną doń metalową lub blaszaną płytką w postaci czworokąta lub krążka, na powierzchni której naklejona jest zapomocą specyalnego t. z. lakieru Danne'go sproszkowana sól radu, bądź w stanie czystym, bądź zmieszana z siarczanem barytu i t. p., drugi zaś są to zbiorniki w postaci rurek szklanych, zawierających wewnątrz siarczan, bromek lub węglan radu. Przyrządy rodzaju drugiego mają wartość mniejszą, gdyż dają promieniowanie zanadto słabe i powierzchnię tegoż promieniowania zanadto małą w stosunku do ilości zawartego w nich radu. Stosować przyrządy

do promieniowania radu można dwojako: zużytkowując promienie wszystkie lub też poddając je działaniu „filtru“, który część promieni zatrzymuje. Dominici wychodzi z założenia, że posługiwać się należy tymi promieniami, które przechodzą przez tkanki, ulegając jaknajmniej pochłanianiu przez nie, a pozostawiają tymże tkankom jaknajmniej z energii swej, a zatem nie wywierają działania drażniącego, zachowując działanie lecznicze. W tym celu pokrywa on powierzchnię radu otoczką z ołowiu, ponad którą umieszcza jeszcze papier, by usunąć promieniowanie wtórne, wychodzące z ołowiu. „Filtr“ tego rodzaju zatrzymuje promienie α i prawie w całości β, działanie zaś na tkanki wywierają tylko promienie γ oraz część nieznaczna promieni β (Beaudouin). Metodę tę nazwał D. metodą promieniowania ultraprzenikającego, i dziś tę tylko stosuje. Natężenie promieniowania, czas trwania, powtórzenie uzależniał D. w przypadkach nowotworów złośliwych, przez siebie leczonych, od rozmiarów guza, tudzież od stopnia swoistej oporności tegoż na stosowanie radu. W jednych przypadkach poddawał on guzy jednej seryi naświetlań radem, trwającej od 24 do 120 i więcej godzin, w innych znów po 3—4 tygodniowej przerwie naświetlanie powtarzał. W przypadkach pomyślnych bóle stopniowo łagodniały, zgorzel i objawy zapalne zwolna ustępowały, wreszcie sama sprawa nowotworowa ulegała zmianom wstecznym. Guz zmniejszał się w kierunku od obwodu ku środkowi; wreszcie nikł, pozostawiając bliznę. Najlepsze wyniki otrzymano w chłoniakach gruczołowych, następne miejsce zajmują mięsaki, w końcu zaś dopiero — raki.

W jednym przypadku rozlanego gruczolaka chłonnego okolicy przyusznicy, uznanego za nienadający się do operacyi, Bazy po otwarciu nożem guza wprowadził do środka jego rurkę złotą grubości $\frac{1}{2}$ milimetra, zawierającą 6 milgr. radu na dni 4. Po usunięciu rurki guz zaczął zmniejszać się, po 7 tygodniach znikł całkowicie i dotychczas, od listopada 1908, chory wznowy nie ma. Co do mięsaków powierzchownych Dominici jest zdania, że w każdym przypadku, stosując promieniowanie radu, otrzymać można jeśli nie wyleczenie zupełne, to znaczne zmniejszenie się guza. Stosować należy jednak przyrządy o sile znacznej, a zatem zawierające 0,01 gr. czystego siarczanu radu o powierzchni 4—6 cm², przepuszczając promienie przez warstwę

ołowiu grubości 1 milimetra; działanie przedłużyć należy do 24 godzin. W mięsakach głębokich D. zaleca wprowadzanie na 24 — 72 godz. do środka guza jednej, dwu lub więcej, zależnie od rozmiarów tegoż, rurek szklanych, zawierających 0.05 — 0.1 gr. siarczanu radu, w futerale srebrnym o grubości ½ milimetra, po zmniejszeniu zaś rozmiarów guza stosować leczenie zabiegowe. Od czasu, gdy Danlos po raz pierwszy z powodzeniem zaczął stosować rad w celu leczenia raków skórnych, metodyka stosowania przyrządów radonośnych uległa wielokrotnym urozmaiceniom: więc umieszczano przyrządy na powierzchni guzów, wprowadzano je wewnątrz masy guzów (Abbe, Morton), ustawiano na powierzchni guza kilka przyrządów tak, by promienie krzyżowały się pomiędzy sobą wewnątrz guza (Wickham i Degrais), wreszcie próbowano filtrować promienie radu, bądź ustawiając przyrządy w pewnej odległości od okolicy naświetlanej (Bongiovanni, Bayet), bądź przepuszczając promienie przez ciennik z waty (Wickham) lub metalu o niewielkiej gęstości, np. glinu (Oudin). Stosowanie całej ilości promieni radu, doprowadzone aż do powstawania strupów (Wickham i Degrais) ma w niektórych przypadkach wyższość nad promieniowaniem ultraprzenikającem, mianowicie tam, gdzie mamy do czynienia z nabłoniakami skóry powierzchownymi, które w ten sposób giną całkowicie po kilku stosunkowo krótkich posiedzeniach. Promieniom X oddać należy pierwszeństwo nad radem tam, gdzie chodzi o leczenie guzków rakowatych skórnych, rozsianych na dużej powierzchni, lub gruczolaków chłonnych wieloogniskowych. Dominici stosował w celu leczenia raków skórnych wstrzykiwania nierozpuszczalnych soli radu w zawiesinie w roztworze fizyologicznym soli kuchennej [1]). Sole rozpuszczalne radu wydzielają się z ustroju zbyt szybko, by wywrzeć mogły wpływ na guz. Po wstrzykiwaniach bóle zazwyczaj zmniejszały się, niekiedy również znikały objawy zapalne, towarzyszące guzowi. Stosowanie radu w rakach żołądka i jelit nie dało wyników dodatnich po za poprawą, wyrażającą się złagodzeniem bólów i zmniejszeniem wydzieliny, tudzież pewnem chwilowem zmniejszeniem objęto-

---

[1]) 1—2 cntmtr.^{3} zawiesiny zawierał $^1/_{100}$ — $^2/_{100}$ miligr. siarczanu radu na centymetr sześcienny.

ści guzów wyczuwalnych. Tuffier i Pozzi stosowali promieniowanie radu w przypadkach raka szyi macicy, wprowadzając do ust macicy na 12—24 godzin rurki szklane w futerale srebrnym lub złotym, zawierające 5—9 centigramów bromku radu. W niektórych, rzadkich zresztą przypadkach (1 na 4) osiągano zmniejszenie stopniowe krwotoków i wydzieliny ropnej, cuchnącej, wreszcie uruchomienie macicy, zależne od rozejścia się zapalenia, towarzyszącego guzowi.

Badania histologiczne mięsaków, leczonych radem z wynikiem pomyślnym, dowiodły, że ulegają one przemianie stopniowej na włókniaki. Mechanizm przemiany tej polega na: 1) przekształceniu części protoplazmy komórek mięsakowych na włókienka łącznotkankowe, 2) przekształceniu protoplazmy pozostałej, tudzież jąder na komórki stałe włókniaka, 3) na zaniku naczyń krwionośnych. Działanie promieniowania na tkankę rakowatą jest w części ewolucyjnem, w części zaś niszczącem. Wyraża się ono (Dominici i Barcat) powstawaniem sprawy zamierania, prowadzącem w wyniku ostatecznym do zaniku jednych komórek rakowatych, z drugiej zaś strony powstrzymaniem rozwoju komórek innych i przywróceniem im dążności do ewolucyi prawidłowej.

III. Stosowanie radu w cierpieniach układu nerwowego (Touchard). Badania Danysza (1903) nad działaniem radu na układ nerwowy myszy, świnek morskich i królików we wszystkich przypadkach dały śmierć zwierząt, użytych do doświadczeń, śród objawów porażenia kończyn dolnych, niezborności lub drgawek. Wprowadzał on pod skórę w okolicy rdzenia rurki, zawierające 0,01 bromku radu. Badania drobnowidzowe wykazały liczne krwotoki włośniczkowe, zmian jednak w elementach nerwowych wykryć nie zdołano. Wyniki podobne otrzymał Scholz, Oberstein, Darier i inni. Zauważyć tu należy, że stosowano dawki radu stosunkowo ogromne, odpowiadające 100 gramom radu dla człowieka wagi 60 kilo. Dominici i Barcat znaleźli pewien przerost jąder otoczki nerwowej we włóknach nerwowych skóry. Na przewodnictwo nerwowe promieniowanie radu wpływu nie wywiera, aczkolwiek wywiera działanie na przewodnictwo elektryczne (Takanoff). Badania Courmellera (1902), Barcata, Dariera i in. wykazały wybitne działanie radu na zmniejszanie bolesności w różnych stanach chorobowych, jak nowo-

twory, nerwobóle, cierpienia oczne, zastrzały i t. d. Działanie to, aczkolwiek niestałe i niedostatecznie jeszcze zbadane, otwiera szerokie pole do stosowania owocnego radu w tych cierpieniach nerwowych, w których ból jest dla chorego objawem najdotkliwszym. W cierpieniach organicznych układu nerwowego nie stosowano radu dotychczas. Touchard pierwszy stosować zaczął promieniowanie radu (metodą ultraprzenikającą) w syringomielii i otrzymywał niejaką poprawę. Proponuje on stosowanie radu w przypadkach glejaków mózgowia.

IV. Zastosowanie lecznicze błot radonośnych (Claude). Błoto radonośne zawiera znaczną ilość żelaza w postaci tlenku lub w połączeniu z kwasem fosforowym, tudzież glinu, w ilości niewielkiej — tlenek uranu, manganu, nieco węglanu i siarczanu sodu, glinu i t. d., tudzież ślady radu, polonu i aktynu. Temu to ostatniemu składnikowi zawdzięcza ono głównie swą promieniotwórczość, właściwie mówiąc zatem, jest to błoto aktynonośne. Siła promieniowania jego wynosi 0.15 (za jednostkę promieniotwórczą przyjęto uważać promieniowanie uranu; promieniotwórczość radu wynosi 2.000.000, aktynu zaś 20.000.000). Używa się w postaci okładów miejscowych (3 — 4 godzin), lub też jako dodatek do kąpieli ogólnych (250 grm. błota na kąpiel 200 litrową w ciągu 21 dni). Wyniki najlepsze otrzymano w zapaleniach stawów pochodzenia rzeżączkowego ze skłonnością do wysięków plastycznych, w gośćcu zniekształcającym, tudzież w cierpieniach kobiecych. Pozatem stosowano je w niektórych schorzeniach układu nerwowego: nerwicy kulszowej, polyneuritis, tudzież skórnych (ekzema).

V. Rad w ginekologii (Fabre). Po stosowaniu błota aktynonośnego (p. wyżej) otrzymywano znaczną poprawę — zmniejszenie wydzieliny, złagodzenie bólów w ostrych postaciach zapalnych miednicy małej. Oudin i Varchin posiłkowali się promieniowaniem radu, tudzież kąpielami z domieszką tychże błot i otrzymywali również znaczną poprawę stanu ogólnego chorych, zmniejszenie upławów. Prace Wickhama, Degraisa i in. pozwalają pokładać pewne nadzieje na pomyślne stosowanie promieniowania radu w zapaleniach macicy.

VI. Guisez czynił próby nad leczeniem zapomocą radu raków przełyku. W tym celu wprowadzał on do przełyku rurki szklane, zawierające 0.01—0.05 bromku radu, otoczone fute-

rałem srebrnym zapomocą zgłębnika przełykowego na 4—5 godzin w ciągu 2—3 dni i otrzymywał pewną poprawę w stanie ogólnym chorego; zapomocą ezofagoskopu stwierdzić można było również pewne zmniejszenie się rozmiarów guza; krwawienia były znacznie mniejsze. G. radzi posługiwać się większemi ilościami radu (0.08 — 0.10).

VII. Rad w cierpieniach skórnych (Claude). Rad wywiera działanie swoiste na naczyniaki, w leczeniu których ma wartość daleko wyższą od innych metod dotychczas stosowanych, tembardziej, że stosowanie jego jest łatwe i nie sprawia bólu. Wspomnieć tu jednak należy, że najlepiej działa u osób młodych i na niektóre postacie naczyniaków bryłowatych. Opis techniki szczegółowej, b. delikatnej ze względu na wynik kosmetyczny, wychodzi po za ramy niniejszego streszczenia. W bliznowcach (Keloid) rad sprowadza pewne mniejsze lub większe spłaszczenie ich, tudzież znosi bolesność, niekiedy prowadzi do zupełnego ich zaniku. Posługiwać tu się można zarówno promieniowaniem całkowitem kulistem, jak metodą Dominiciego. Działanie radu w wilku okazało się mniej skutecznem, niż promieni X, nadzieję pewną pokładać można we wstrzykiwaniach soli radonośnych

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Burckhardt. *O przenoszeniu się zakażenia przez przeponę w sprawach zapalnych w opłucnej.*

W zwiazku z ostremi sprawami zapalnemi otrzewnej zjawiają się podobne sprawy w jamie opłucnej i odwrotnie — zapalne stany jamy otrzewnej występują często następczo w chorobach opłucnej. Takie zakażenie następcze sąsiadujących jam surowiczych przypisuje autor przechodzeniu przez przeponę zarazków chorobotwórczych, które ma miejsce w każdej sprawie zapalnej opłucnej, pokrywającej przeponę. Zależy to od jadowitości drobnoustrojów i od odporności ustroju, a także od czasu trwania choroby. Szereg doświadczeń, wykonanych przez autora w celu wykazania zdolności przepuszczających i pochłaniających przepony, dał wyniki następujące. Cząsteczki ciał obojętnych przechodzą przez i pomiędzy śródbłonek opłucnej, pokrywającej przeponę, nie dostają się jednak do tkanki przepony. W podobny sposób zachowują się zarazki obojętne. Ale zarazki chorobotwórcze, wchodząc przez poprzednio uszkodzony śródbłonek, wywołują zapalenie przepony. Jeżeli za pomocą podrażnienia olejkiem terpentynowym tkanki przepony zostają uszkodzone przed wstrzyknięciem zarazków, to przechodzenie ich przez przeponę odbywa się o wiele prędzej. Do przenoszenia się zakażenia przyczyniają się także urazy zewnętrzne, lub też zwiększenie wrażliwości otrzewnej wskutek ciąży lub porodu.

Beiträge zur Klinischen Chirurgie. Juli 1901 XXX Band.

F. P.

Hoehne. *Przyczynek do zapobiegania występowaniu po operacyjnego zapalenia otrzewnej.*

Próby uodporniania otrzewnej stają się obecnie coraz liczniejszemi. Zdaje się, że najwyższe znaczenie obecnie

ma sposób zainaugurowany przez Glimma. Badacz ten na mocy swych doświadczeń na zwierzętach doszedł do przekonania, że przez wstrzyknięcie oliwy do jamy brzusznej królików można takowe nieraz ocalić przed grożącem im ogólnem zakażeniem. Zjawisko to tłomaczy sobie Glimm tem, że olej zatyka mechanicznie drogi chłonne, przez to wstrzymuje drobnoustroje od dostawania się do krwi obiegu, przez co umiejscawia niejako całą sprawę. Wobec tego polecał też nawet Glimm w rozpaczliwych przypadkach zapalenia otrzewnej u człowieka po wypróbowaniu bezskutecznem innych środków, wstrzyknięcie do otrzewnej około 130 cm. 1% olejku kamforowego. Natomiast przestrzegał G. przed zapobiegawczemi wstrzykiwaniami, albowiem nie wiemy jeszcze, jak odpowiada prawidłowa otrzewna ludzka na podobne wstrzykiwania.

Autor zajął się sprawą, poruszoną przez Glimma i odrazu zastanowił go fakt, czy istotnie to wstrzymanie wessalności drobnoustrojów polega na zatkaniu tłuszczem dróg chłonnych? Gdyby tak było, w takim razie obawiać by sie należało przytem często zatorów tłuszczowych, a tak przecież nie jest. Przeprowadzał więc doświadczenia na zwierzętach i przekonał się, że: 1) nie chodzi tu wcale o zatykanie dróg chłonnych, bo nie ma ono nawet wcale miejsca; 2) to utrudnienie wessalności drobnoustrojów nie polega na niczem innem, jak tylko na podrażnieniu otrzewnej.

Im to podrażnienie silniejsze, tem też nagromadza więcej sił ochronnych w otrzewnej, to też podobny wynik prócz oleju, wywołują i inne ciała, jak obojętny płyn z 3 kroplami olejku krotonowego, tłuczone szkło, zabite hodowle drobnoustrojów i t. p.

Ponadto w doświadczeniach swych przekonał się H., że wessalność drobnoustrojów zostaje zwolnioną jedynie wtedy, gdy wstrzyknięcie oliwy nastąpiło znacznie wcześniej przed zakażeniem, natomiast wstrzyknięcie równoczesne, lub co gorsze następowe oliwy jest już bez żadnego wpływu.

Najlepsze wyniki osiąga się po zapobiegawczych wstrzykiwaniach oleju na 20—24 godzin przed zakażeniem.

Z 11 w ten sposób traktowanych królików padł tylko jeden mimo to, że zakażano bardzo silnemi dawkami prątka okrężnicowego. U żadnego ze zwierząt nie wykazano we krwi prątka okrężnicowego, podczas gdy u zwierząt użytych do sprawdzenia wykazano je w obfitej liczbie.

Wobec tego H. wspólnie z Pfannenstielem postanowili stosować i u ludzi zapobiegawcze wstrzykiwania przed operacyami brzusznemi, jako najodpowiedniejszy i najłagodniejszy środek uznano 10% olejek kamforowy w ilości 20—30 cm. Pierwszy raz zastosowano to uodpornienie u chorej, która potem w 24 godzin była operowana z powodu raka macicy.

W przebiegu operacyi w 24 godzin po uodpornieniu olejkiem znaleziono otrzewną pokrytą licznym nalotem, złożonym z włóknika i tłuszczu. Nalot ten posiadał wybitne bakteryobójcze własności.

Przebieg gojenia u chorej, mimo ropienia w powłokach, znakomity.

Wobec tego przystąpiono do tego uodpornienia w dalszych przypadkach i liczba ich obejmuje już obecnie 47.

Wyniki bardzo pomyślne i dlatego H. uważa ten sposób uodpornienia za zupełnie dobry i wskazany tam, gdzie podczas operacyi obawiamy się zakażenia otrzewnej. Samo uodpornienie wykonuje H. w następujący sposób:

Na 24 godzin przed operacyą w znieczuleniu miejscowem przecięcie skóry w linii środkowej poniżej pępka małym nożykiem, a następnie wprowadzenie trójgrańca cienkiego do otrzewnej i wstrzyknięcie 30 cm. 10% olejku kamforowego.

(Münch. Med. Wochenschr. № 49- 09).

A. KLĘSK.

Seefisch. *Skręcenie wstępującego jelita grubego.*

Skręcenie wstępującego jelita grubego należy do rzadkości i dotąd opisano zaledwo 87 przypadków skręcenia samego jelita wstępującego wzgl. kiszki ślepej.

Nic w tem dziwnego, gdyż w warunkach prawidłowych jelito wstępujące jest silnie umocowane, i aby skręcenie wystąpiło, potrzeba już do tego nieprawidłowości anatomicznej t. j. ruchomej krezki. Przeglądając odpowiednie piśmiennictwo widzi się jeden fakt szczególny, mianowicie, że publikacye o tem cierpieniu pochodzą przeważnie z Rosyi. Ponieważ zaś badania anatomiczne nie wykazują żadnych rasowych różnic w budowie i ułożeniu kiszki grubej w Rosyi a w Niemczech, a nawet Wandel wykazał, że oglądając zwłoki spotyka się w Niemczech i Szwajcaryi prawie w 10% ruchome jelito ślepe i wstępujące, przeto przyczyny częstości występowania tego cierpienia w Rosyi szukać należy gdzieindziej, a mianowicie w nieracyonalnem odżywianiu się tamtejszej ludności pracującej, która spożywa pokarmy mało strawne w bardzo dużej ilości (ziemniaki, kwaśny chleb, surowe ryby, kwaśne mleko i t. p.).

Aby wystąpiło skręcenie grubego jelita wstępującego potrzeba do tego trzech warunków.

1) Obecności ruchomej krezki 2) przepełnienia jelita pokarmami; 3) gwałtownego poruszenia. Skręcenie występuje albo w postaci ostrej lub co częściej podostrej lub przewlekłej, nieraz atakami, które w wywiadach wykazać można. Cechuje je: nagły ból, wymioty nieraz kałowe, zatrzymanie stolca, chory

doznaje ulgi, leżąc na boku prawym. Badanie wykazuje zwykle niebolesną pętlę, silnie wzdętą, przebiegającą skośnie przez brzuch. Ruch robaczkowy w tejże przebiega od strony lewej ku prawej (w przeciwieństwie do pętli poprzecznej). Od strony kiszki stolcowej udaje się wlać dużą ilość płynu (odróżnienie od skręcenia pętli esowatej). Leczenie jedynie operacyjne i to szybkie, gdyż i ze względu na przebieg naczyń i rozkładającą się treść w jelicie przychodzi tu szybko do zgorzeli jelita, która zmusza nas do ciężkiego zabiegu, jakim jest wycięcie jelita grubego.

Operując zaś szybko, jesteśmy zwykle w stanie łatwo odkręcić jelito po uwolnieniu zrostów i takowe umieścić na swojem miejscu, ewentualnie—umocowując.

Niektórzy polecają przytem, częściowo celem uwolnienia porażonej kiszki od treści płynno-stałej lub gazów, a częściowo w celu umocowania jelita w powłokach, dodawać do tego sączkowanie przez wyrostek, wszyty w powłoki. Daje to bardzo dobre wyniki, a przetoka goi się potem rychło. W razie wczesnej operacyi rokowanie jest dobre. Cierpienie to występuje głównie u mężczyzn i to młodych.

Podobny przypadek skręcenia jelita wstępującego, gdzie prócz tego znalazł S. przedziurawienie wrzodu żołądka, operował niedawno z wynikiem pomyślnym. I tu skręcenie wystąpiło po nadmiernem spożyciu ziemniaków.

Przedziurawienie wrzodu było zapewne sprawą pierwotną, a ciągłe wymioty i kurczenie się tłoczni brzusznej spowodowało skręcenie jelita wstępującego.

(Mediz. Klinik № 40).

A. KLĘSK.

Schmiz. ***Strome ułożenie z miednicą do góry, celem leczenia przetoki lub odbytu sztucznego kiszki ślepej.***

W przypadkach przetoki lub odbytu sztucznego, tam gdzie np. chory na operacyę zamknięcia nie zgadza się, lub też operacyi tej wykonać nie można, poleca Schmiz próbować leczenia przez sztuczne ułożenie z miednicą do góry. Oddało ono autorowi w jednym uporczywym przypadku znakomite usługi. Już natychmiast kał przestał iść z rany, a 4 dnia wystąpił stolec naturalny. Korzystne działanie tłomaczyć sobie można bardzo łatwo, bo poprostu — mechanicznie. Kał aż do kiszki ślepej bywa zwykle płynny, względnie przez odpowiednie pożywienie może być takim. W stromem ułożeniu z miednicą do góry, kał dostawszy się do jelita ślepego musi posuwać się dalej jelitem wstępującem, albowiem przetoka leży znacznie wyżej.— Przez ułożenie to, a przyzwyczajają się do niego chorzy łatwo, zyskuje się wiele. Przedewszystkiem nie trzeba zmieniać tak

często opatrunku, chory leży czysto, wyprysk na około przetoki goi się, a przetoka zmniejsza się wybitnie.

S. poleca próbowanie tego sposobu i w innych przypadkach.

(Deut. Med. Woch. № 1).

A. KLĘSK.

Schnitzler. *Rzut oka na 2000 operacyi z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.*

Praca S. ma wiele stron interesujących, bo nie nuży statystyką, nie opisuje rzeczy znanych, lecz zwraca uwagę na żywotne kwestye sprawy zapalenia wyrostka. I tak najpierw dochodzi S. do przekonania, że „ta modna choroba" nie jest obecnie wcale częstsza niż dawniej, lecz ta pozorna częstość polega na lepszem rozpoznawaniu, ba, nawet za dobrem, bo i tam, gdzie wyrostek wcale chory nie jest.

To samo powiedzieć by można i o operacyach. Nauczyliśmy się uważać wyrostek za najczęstszą przyczynę zapalenia otrzewnej. Jeżeli więc nie znajdujemy wybitnej przyczyny w brzuchu, to obwiniamy zaraz wyrostek, nieraz nieznacznie tylko zmieniony.

W etiologii samej choroby podług S. główną rolę odgrywają wpływy mechaniczne w sprawach nieżytowych błony śluzowej. Tem też tłomaczyć należy niezmiernie częste występowanie tej choroby u podróżujących, narażonych na ciągłe zmiany w pożywieniu.

Zakażenie wyrostka drogą krwi, zakrzepu i t. p. należy do rzadkości. Kamienie kałowe odgrywają też wielką rolę nietylko w przebiegu, ale i w powstawaniu zapalenia wyrostka. Np. w t. z. „urazowych" zapaleniach spotyka się prawie zawsze kamienie, natomiast w operacyach „na zimno" spotyka się je stosunkowo bardzo rzadko. Ciała obce nie odgrywają takiej roli w etiologii tej choroby, jaką im przypisywano dawniej: n. p. na 2000 operacyi znalazł S. je zaledwie 2 razy.

Na mocy swego doświadczenia nie może też S. potwierdzić zdania Haima, że rokowanie w tej chorobie zależy bardzo od rodzaju zakażającego drobnoustroju. Podług Haima zakażenia paciorkowcami są znacznie gorsze n. p. od zakażeń prątkiem okrężnicowym i t. p. Główną rolę odgrywa tu przedewszystkiem kliniczny stan chorego. Gdy on jest dobry, możemy rokować dobrze nawet wobec wielkich zmian, znalezionych w przebiegu operacyi.

Zapalenie wyrostka rozpoznaje się obecnie często zamiast innych cierpień, jak schorzeń przydadków, kamicy żółciowej, ciąży zamacicznej, kamicy nerkowej, wrzodu żołądka a nawet zapalenia płuc.

Czasem w początkach zapalenia płuc objawy w okolicy wyrostka są bardzo łudzące. Spostrzegł to S. trzy razy.

Także mniej może znaną jest rzeczą, że po wysokiej lawatywie zjawić się mogą czasem objawy, naśladujące zapalenie wyrostka i otrzewnej. Zwrócili na to uwagę autorzy angielscy. Zjawia się ból, odbijania, wymioty a nawet rysy twarzy się zaostrzają. Raz nawet autor w podobnym przypadku w nocy operował i rano — chora zupełnie już czuła się zdrową! Na czem objawy te polegają, dokładnie nie wiemy.

Na pytanie, czy wyrostek może ulegać zmianom bez klinicznych objawów, odpowiada S. twierdząco.

W to, by wyrostek wskutek choroby uledz mógł zupełnemu zniszczeniu, S. nie wierzy. Zdarza się to chyba niezmiernie rzadko. Nawroty wychodzić mogą i z cząstek małych wyrostka. Poleca się operowanie w pierwszych 48 godzinach wobec ciężkich objawów ostrego ataku. Ropnie otwiera S. nie szukając zbytnio wyrostka.

W razie dążności do odgraniczania się S. nie operuje nigdy, lecz wyczekuje, nie należy więc do tych, „którzy zawsze i wszędzie“ operują wyrostek schorzały, a nawet nie schorzały.

Śmiertelność po operacyach w przerwach ma S. 0,47%, w atakach 6·5%. W niedrożności jelit zakłada S. bardzo szybko przetokę kałową i dlatego ma wyniki lepsze, niż ci, którzy czekają do ostateczności.

Z 51 przetok, wyleczyło się zupełnie 32, 19 umarło (4 były przetoki liczne, z tego trzy wyzdrowiały, jedna umarła).

(Deutsche Med. Wochenſt. № 51),

A. KLĘSK.

E. Heller. *O pomyślnie zoperowanej przepuklinie Treitza.*

Pacyentka przybyła z objawami niedrożności przewlekłej, na którą cierpi od ½ roku. Charakterystycznie występowały u niej wymioty: zupełnie raptownie zwracała 1—2 litry płynu wodnistego, zabarwionego żółcią, bez kałowego zapachu, w przerwach 12—24 godzinnych. Środkowe części brzucha wzdęte, po bokach raczej zapadnięte. W guzowatości, pośrodku umiejscowionej, widać ruchy robaczkowe. Przypuszczalne rozpoznanie brzmiało: gruźlicze zapalenie otrzewnej ze zwężeniem pętel górnego odcinka jelit. Po otwarciu jamy brzusznej ukazał się gładki kulisty guz, wypełniający pośrodku całkowicie jamę brzuszną i wydający się powierzchownie za torbiel jajnika. Guz otaczała kiszka gruba, cienkiej nie było znać. Po uniesieniu dolnego bieguna guza spostrzeżono pętlę jelita, występującą ze ściany guza, w miejscu zaś wyjścia mocno wokoło przyrośniętą. Odległość tego miejsca od kątnicy wynosiła

10 ctm. Przednią ścianę worka przepuklinowego rozcięto wzdłuż w linii środkowej; natychmiast wypięły się niezmiernie rozdęte i mocno uciśnięte pętle kiszkowe, tudzież okazało się, iż cały ten zwój kiszek zrośnięty jest z sobą, i z wewnętrzną powierzchnią worka. Usiłowania rozdzielenia zrostów na tępo powodowały naderwania i uszkodzenia surowicówki, wypadło przeto krok w krok nożem odzielać worek wprawo i wlewo od pętel, jak również wszelkie zrosty wzdłuż jelit aż do kątnicy. Po ukończeniu oddzielenia kiszek obraz był następujący: żołądek olbrzymio rozdęty przechodził z otwartym odźwiernikiem w silnie wydętą i zgrubiałą dwunastnicę. Pierwsza pętla jelita cienkiego również silnie nadęta, mocno przyrośnięta do wnętrza worka przepuklinowego i przegięta w postaci wentylu. Następne pętle były również wzdęte i zgrubiałe, tworząc dzięki zrostom lekkie załamania. Po ukończeniu zmudnych i długotrwałych oddzieleń wystąpiły u chorej objawy zapaści, która nazajutrz ponowiła się w silniejszym stopniu. Po częściowem rozpruciu szwu brzusznego znaleziono ostrą rozstrzeń żołądka. W rozdętej jeszcze ciągle pierwszej pętli jelita zrobiono przetokę Kadera, po cięciu w dużej ilości wydzielił się gaz; płynu zaś nie okazało się wcale. Na 4 dzień chora poprawiła się i przetokę zaszyto. Sprawność trawienia odtąd nie uległa żadnym zaburzeniom. Jest to, zdaniem autora, po raz pierwszy notowany przypadek pozrastania się całkowitej zawartości przepukliny tego rodzaju.

W przepuklinie wewnątrzotrzewnej Treitza, której wrota wejściowe stanowi dół dwunastniczojelitowy, pierścień jej tworzy zwój naczyń, składający się w górnym obwodzie z ż. krezkowej dolnej i z tętnicy okrężniczej lewej w dolnym. Podobną do tej przepukliny jest przepuklina przydwunastnicza, której wrota przechodzą z prawej strony pod korzeniem krezki i w przednim obwodzie zawierają ż. krezkową górną. Niniejsza przepuklina nosi wszelkie cechy przepukliny Treitza ze względu na położenie, postać oraz rozwój, czkolwiek oryentację co do szczegółów anatomicznych wielce utrudniały i zaciemniały zrosty, a żyły krezkowej nie sposób było zobaczyć. Przepuklina głównie rozwijała się ku dołowi. Autor mniema, iż w czasie przedostawania się pętel jelitowych pod dolnym rogiem plicae duodenojejunalis w środkowe i dolne odcinki tkanki pozaotrzewnej, żyła krezkowa, przebiegając w górnym rogu tejże, mogła zachować swe położenie, z drugiej zaś strony mogła też być zatkaną przez zakrzep, jak w wypadku Haberera.

W przytoczonym przypadku sprawę wrót oraz worka przepuklinowego wypadło zostawić na dalszym planie, zająć się natomiast przedewszystkiem otwarciem poprzez przednią ścianę worka przepuklinowego, pętle zaś jelit zwolnić od ich zrostów oraz przegięć. W podobnych przypadkach postępo-

wanie było następujące: przeważnie uwięźnienie niezbyt było wielkie, tak że wyciągano jelito za jego ramię odprowadzające, (Voutrin, Rhidge i Hilton, Clarke, Rose), w innych przypadkach musiano pierścień uciskujący przecinać, przyczem dwukrotnie podwiązywano żyłę krezkową dolną (Rose, Haberer). W jednym z nich w żyle okazał się zakrzep, dzięki więc operacyi chory pozostał przy życiu (Haberer). Wogóle w postępowaniu z wrotami, wzgl. pierścieniem przepuklinowym, należy być oględnym i liczyć się z położeniem dużych naczyń. Worka przeważnie z wyżej wspomnianych względów nie wycinano, jeno pozostawiano, lub też w innych przypadkach przecinano tylko przednią ścianę, albo wycinano ją. Dotąd operowano 14 wewnątrzotrzewnych przepuklin, z tych 7 było typu parajejunalis (dextra), z ostatnich 5 zmarło, 2 pozostały przy życiu. Z należących do typu przepuklin Treitza operowano siedem przypadków, z nich jeden tylko zakończył się śmiertelnie.

(*Archiv f. Klin. Chirurgie. 90 B II. H*).

ST. LEYZEROWICZ.

Mayo Robson: *O pewnych postaciach żółtaczki, w których zabieg może dać poprawę lub wyleczenie. Uwagi o zespoleniu pęcherza żółciowego z jelitem, oparte na 64 spostrzeżeniach.*

W przypadkach, gdzie żółtaczka ma za przyczynę zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego, usunąć ją można czy to usuwając przeszkodę (kamień), czy też zespalając pęcherz żółciowy z jelitem. Do tej kategoryi należą: 1) kamień w przewodzie wspólnym; 2) śródmiąższowe zapalenie trzustki; 3) rak przewodu wspólnego lub brodawki Vatera; 4) rak głowy trzustki; 5) bliznowe zwężenie przewodu wspólnego; 6) bliznowe ściągnięcie brodawki Vatera po wrzodzie dwunastnicy; 7) ucisk na przewód wspólny w przypadkach raka lub wrzodu odźwiernika albo w zmianach zapalnych lub nowotworowych w sąsiednich gruczołach chłonnych; 8) zamknięcie przewodu wspólnego przez bąblowce. Z tego szeregu wyłączyć należy zatkanie przewodu kamieniem, gdyż właściwe dlań leczenie — cięcie tego przewodu — dało w ostatnich 150 przypadkach autora 97% wyzdrowienia. Do cholecystenterostomii kwalifikują się tylko przypadki, w których żółtaczka ma za przyczynę: 1) ucisk na przewód ze strony zapalnej lub marskiej trzustki; 2) nowotwór przewodu lub rak głowy trzustki — zamknięcie przewodu innego pochodzenia spotykamy rzadko. Zespolenie pęcherza z jelitem w pierwszej kategoryi przypadków stanowi zabieg pewny i zwykle prowadzi do zupełnego wyzdrowienia, w drugiej — jest ryzykiem i w najlepszym razie przedłuża życie tylko o kilka miesięcy. Wobec tego, że wyniki opera-

cyjnego leczenia żółtaczki różnią się tak bardzo w zależności od przyczyny zamknięcia przewodu, pożądane jest dokładne rozpoznanie. Dla kamienia w przewodzie wspólnym są swoiste: żółtaczka zmiennego natężenia, większa po każdym napadzie, trwająca nieraz miesiące i lata, napady bólów z dreszczami, podniesioną ciepłotą, potami, w napadach bóle w okolicy wątroby. Zapalenie śródmiąższowe trzustki odróżniać należy od kamienia przewodu wspólnego, od raka głowy trzustki, od raka wątroby i przewodów żółciowych. Dla odróżnienia od kamienia pamiętać trzeba o długotrwałem nieraz przebiegu bez żółtaczki w kamieniach lub o wystąpieniu żółtaczki wraz z napadem bólów; brak przepełnionego pęcherza mówi więcej na korzyść kamienia, jakkolwiek i w cierpieniu trzustki pęcherz może być skurczony. W kamicy miewamy zaparcie stolca, w pancreatitis chronica — skłonność do rozwolnień, stolce obfite, jasne, tłuste. Bóle, choć w tem ostatniem cierpieniu mniejsze, niekiedy bywają tak mocne, jak w kamicy. Umiejscowienie bólów w pierwszem na linii pośrodkowej, gdzie też nieraz wyczuwa się po uśpieniu chorego powiększony gruczoł, w ostatniem—w okolicy pęcherza żółc. Pierwsze promieniują ku lewej łopatce lub ku okolicy międzyłopatkowej, drugie — ku prawej łopatce. Obecność tłuszczów w stolcu, szczególnie tłuszczów obojętnych, jako też odczyn trzustkowy w moczu przemawiają na korzyść zapalenia. Rak głowy trzustki cechują: początek stopniowy, bez bólów, zwykle po 50 latach, ogólny upadek sił, żółtaczka wybitna i stała, żółte zabarwienie skóry z odcieniem szarym „black jaundice" — w kamicy odcień szafranowy, pęcherz rozciągnięty, niebolesny.

Towarzyszenie żółtaczki cierpieniu trzustki zależy od stosunku przewodu wspólnego do przewodu Wirsunga i głowy trzustki. W 38% leży on poza głową, w 62% — w głębokiej bruzdzie lub w samej głowie.

W przypadkach raka głowy trzuski zamknięcie przewodu wspólnego zazwyczaj bywa zupełne i dlatego w stalcach nie znajdujemy sterkobiliny: na 24 takie przypadki w 22 nie znaleziono jej wcale w stolcu, w dwóch — ślady, w jednym tylko odczyn ten był dobrze wyrażony. W przypadkach pancreatitidis lub zatkania kamieniem mamy zwykle zamknięcie przewodu niezupełne, a odczyn na sterkobilinę w stolcu wypada dodatnio: na 18 spostrzeżeń panercatitis obok kamienia w prz. wspólnym odczyn wyraźny w 12, w 6 — ślady sterkobiliny, w 2 przypadkach kamienia w prz. wspólnym — w 13 odczyn wyraźny, w 3 — ślady.

Co się tyczy trzustkowego odczynu w moczu, to w przypadkach, gdzie wypadał on dodatnio, autor znajdował zawsze podczas operacyi lub sekcyi cierpienie trzustki. Odczyn znikał niekiedy w zapaleniu trzuski po wykonaniu operacyi, a po

przechodzeniu kamienia przez głowę notowano stale odczyn dodatni. Gdy przewód wspólny leżał poza głową, obecność kamienia w nim nigdy nie dawała odczynu dodatniego. W przypadku nowotworu dwunastnicy odczyn pierwotnie był ujemny, później dopiero wystąpił wyraźnie, co podczas operacyi znalazło wytłómaczenie w zajęciu przez nowotwór i trzustki.

Leczenie w przypadkach zatkania przewodu przez kamień polega na otworzeniu przewodu, usunięciu kamienia i drenowaniu dróg żółciowych. Gdy mamy guz głowy trzustki, za rakiem przemawia twardość jego i liczne powiększone gruczoły chłonne, zlewające się niekiedy ze sobą. Dla uniknięcia zatrzymania żółci wykonywamy zespolenie dwunastnicy, lub jelita czczego z pęcherzem, co niekiedy w zupełności przywraca pacyentowi zdrowie (w przypadkach pancreatitis interstitialis). W raku głowy trzustki większość pacyentów autora żyła zaledwie parę miesięcy po operacyi, co nie opłaca ryzyka zabiegu (krwotoki żółtaczkowych i inne). W pojedynczych tylko spostrzeżeniach pacjent pomimo raka trzustki poprawił się po operacyi na przeciąg roku i więcej.

Zespalenie pęcherza wykonywa autor najczęściej z dwunastnicą, w razie trudności w uruchomianiu jej zespala z jelitem czczem, chcąc uniknąć krwototu po rozerwaniu zrostów dwunastnicy. Zespalania z żołądkiem, choć uważa je za nieszkodliwe, nie pochwala, a łączenia z okrężnicą zaniechał autor wobec spostrzeganych przez innych chirurgów paru przypadków ropnego zapalenia przewodów wątrobowych po tym zabiegu. Dodawanie do powyższej operacyi zespolenia ramion jelita uważa za zbyteczne, chyba, że zagraża przegięcie kiszki w miejscu przyszycia do pęcherza. Sposób operowania z przecięciem jelita i z wszyciem odprowadzającego odcinka do pęcherza, a doprowadzającego poniżej zespolenia z pęcherzem, uważa autor za zbyt powikłany.

Z 64 przypadkow, operowanych przez autora w opisany sposób, w 49 żółtaczka miała za przyczynę niezłośliwe cierpienie, najczęściej zapalenie trzustki śródmiąższowe. Z tych umarło 2-e t. j. 4% śmiertelności, z pozostałych 15 z złośliwymi nowotworami zmarło po operacyi 8 osób.

(*„The Lancet“ 6. II. 09*).

BR. SZERSZYŃSKI.

Guleke. *O podskórnych zranieniach trzustki.*

Zranienie trzustki podskórne t. j. jej pęknięcia nie należą do częstych, dlatego też G. opisuje 4 przypadki, spostrzegane przez się w ostatnich czasach.

Rozróżniamy zranienia trzustki powikłane t. j prócz trzustki zranione są i sąsiednie narządy brzuszne i pojedyncze t. j. sa-

mej tylko trzuski. Te ostatnie są stosunkowo rzadsze, zwykle bowiem uraz wywołujący pęknięcie jest tak silny, że rani i sąsiednie narządy, jak żołądek, kiszki, nerkę lub śledzionę. Pęknięcia trzustki z początku nie dają zwykle gwałtownych objawów, chyba, że towarzyszy im krwotok lub zranienie innych narządów. Pęknięcie prawie zawsze występuje od strony tylnej t. j. przy kręgosłupie, albowiem przez uraz zostaje trzustka przygniecioną właśnie do kości. To umiejscowienie zranienia powoduje, że przy operacyi, gdzie wobec stanu chorego zwykle chirurg się spieszy, przeocza się to pęknięcie, co i w jednym przypadku autora miało miejsce. W przypadku tym wykazała sekcya prócz tego pęknięcie naczyń śledziony na wysokości pęknięcia trzustki, oderwanie lewostronnej żyły nerkowej i przedziurawienie następcze żołądka. W pęknięciu trzustki należy takową dobrze odsłonić i dokladnie ucisnąć muślinem.

Pęknięcia samej tylko trzustki są rzadkie.

Karewsky do r. 1907 zebrał 35 przypadków pęknięć, a z tego tylko w 12 była uszkodzoną sama trzustka. Wogóle do obecnej chwili opisano 28 przypadków pęknięcia samej trzustki, z czego 15 chorych zmarło a 13 udało się uratować przez operacyę. Ponieważ zaś z 15 zmarłych 7 nie było operowanych, więc wyniki operacyjne są wcale dobre, bo na 21 operowanych, 13 wyleczeń (w porównaniu naturalnie z nieoperowanymi).

Często pęka prócz trzustki przewód żółciowy wspólny lub i sama dwunastnica.

Wskutek pęknięcia trzustki tworzą się często pozaotrzewnowe ropnie, nieraz bardzo dużych rozmiarów, wypełnione ropą i strzępami tkanek, zjawiają się one częściej po stronie lewej i opadają nieraz nizko

Rozpoznanie pęknięcia trzustki z początku jest nieraz wprost niemożebne, bo jak na to zwracał uwagę Garre, często mimo silnego pęknięcia niema żadnych poważniejszych objawów klinicznych.

Łatwiej rozpoznać uszkodzenie trzustki tam, gdzie przyszło już do ograniczonego wylewu do jamy sieciowej i do wytworzenia torbieli wrzekomej. Taka torbiel wytworzyć się może w razie zamknięcia lub spojenia się otworu Winslowa i wobec nienaruszenia więzu żołądkowo-wątrobowego.

Jeżeli powłoka otrzewna trzustki nie pęknie, to wylew gromadzi się pod nią, wypychając ją ku bursa omentalis.

Ostatnia postać pęknięcia przebiega znacznie łagodniej i wolniej bez wybitnych objawów. Te torbiele dają się w razie odpowiedniej wielkości wykazać klinicznie; szybkość tworzenia się tych torbieli jest różna. Położenie także zmieniać się może. Tak np. w jednym przypadku, spostrzeganym przez autora, guz leżał z początku wysoko w nadbrzuszu poza żo-

łądkiem, a potem posuwał się stopniowo niżej, aż w końcu dawał się wyraźnie wykazać między żołądkiem a jelitem poprzecznem. Takie wrzekome torbiele czasem znikają same, jak to dowodzi jeden przypadek autora. Co do wskazań operacyjnych w zranieniach trzustki, to sprawa ta jest czasem bardzo trudna do oceny. W początkach wobec ciężkich objawów nie należy zwlekać z operacyą, która zwykle polega na tamponadzie poprzez wiąz wątrobowo-żołądkowy, o ile nie wynajdzie się wyraźnie pęknięcia w innem miejscu.

Natomiast jeżeli spostrzeżemy, że objawy nie ustalają się lecz owszem maleją, w takim razie możemy liczyć na wspomniane wyżej otorbienie i wtedy należy z operacyą poczekać, aż utworzą się zrosty i zlepy.

(Münch. Med. Wochenft. № 2 1910).

A. KLĘSK.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

J. Veit *Zapobieganie zatorowi po operacyach ginekologicznych.*

Pochodzenie zatoru tętnicy płucnej po operacyach może być mechaniczne lub pasożytnicze. Wczesne wstanie z łóżka po operacyach lub w połogu ma zabezpieczać od zatorów pochodzenia mechanicznego. Autor, nie odmawiając wcale znaczenia samym ścianom naczyń i zwolnionemu krążeniu krwi, jako czynnikom, sprzyjającym krzepnieniu krwi w naczyniach, sądzi jednak, że same te czynniki bez zakażenia nie są w stanie wywołać zakrzepów i zatorów w naczyniach. Dlatego też w udoskonalonej aseptyce pokłada największą ufność, jeśli idzie o zapobieganie powstawaniu zatorów po operacyach.

Wbrew mniemaniu wielu ginekologów, że śmiertelne zatory tętnicy płucnej zdarzają się najczęściej po wycięciu włókniaków macicy, autor twierdzi, że nie rodzaj guza, ale warunki, w jakich wykonywana jest operacya wyłuszczenia nowotworu, mają przeważne znaczenie w powstawaniu zatorów. Najlepszym tego dowodem jest to, że autorowi zdarzały się częściej zatory tętnicy płucnej po wyłuszczaniu przez jamę brzuszną macic zrakowaciałych, aniżeli po wyłuszczaniu włókniaków macicy. W miarę nagromadzania się niepomyślnych przypadków V. coraz bardziej nabierał przekonania, że zakażeniu naczyń sprzyja stykanie się pola operacyjnego z organami za-

każonymi. Podczas wyłuszczania zrakowaciałej macicy z planu operacyi wypadało otworzyć pochwę, następowało silne krwawienie, więc podwiązywano krwawiące naczynia, wreszcie zaszywano ranę otrzewnej. Podczas wszystkich tych rękoczynów musiało nastąpić zakażenie naczyń zarazkami, przeniesionymi z pochwy, a następstwem zakażenia były zakrzepy i zatory.

Całą więc wagę postępowania zapobiegawczego podczas wycinania guzów wraz z macicą przez jamę brzuszną opiera autor na tem, żeby odcięcie organów rodnych od tkanek sąsiednich wykonywać dopiero po uprzedniem podwiązaniu naczyń, które mają uledz przecięciu, a więc już razem z okłuwaniem tętnicy nasiennej (art. spermatica) trzeba okłuć in continuitate i żyłę nasienną, a następnie też podwiązać masowo żyły maciczne, bocznie od moczowodu, razem z tętnicą maciczną. Wogóle autor żąda, aby podwiązanie naczyń i wyłuszczenie gruczołów wykonywać przed otwarciem pochwy i przed wycięciem macicy. Radzi też rany otrzewnej nie zaszywać, ale otrzewną zespolić dokoła ze ścianą pochwy i pochwę pozostawić otwartą.

Streszczając się, autor twierdzi, że trzymanie zdala zarazków od ściany naczyń da się osiągnąć jedynie wtedy, jeśli podwiązywać się będzie żyły w ich ciągłości, a więc wtedy, gdy jeszcze ręka operującego jest zupełnie jałowa, a w każdym razie, jeśli się będzie krwawiące żyły podwiązywać, zanim się przystąpi do otworzenia organów, zawierających zarazki (pochwa i t. d). Wtedy tylko zatorów pochodzenia pasożytniczego będzie można uniknąć.

(*Zentralblatt f. Gynäkol. 1910* № *1*).

M. ZWEJGBAUM.

Mueller. *Utworzenie pochwy z przemieszczonej pętli jelita cienkiego.*

W razie braku pochwy starano się wytworzyć ją z sąsiednich części miękkich, jak z warg, ze skóry uda, brzucha i t. p., lecz bez skutku. Dopiero Haeberlin podał pomysł, a w czyn wprowadził go po raz pierwszy japończyk prof. Mori z Ise, mianowicie utworzenie sztucznej pochwy z przemieszczonej pętli jelita cienkiego.

Ponieważ wynik był wcale dobry, postanowił też M. w podobnym przypadku braku wrodzonego pochwy, na usilne prośby pacyentki, zastosować tę operacyę.

Najpierw zrobiono ślepy kanał po oddzieleniu cewki i pęcherza mocz. od kiszki stolcowej. Następnie otworzono jamę otrzewnej cięciem poniżej pępka. Z macicy znaleziono zaledwo ślad w postaci nizkiego rogu, jajniki były umieszczone przy kręgosłupie. Na 30 ctm. od kiszki ślepej wybrano pętlę jelita,

która dawała się w dół zesunąć łatwo, bez napięcia. Wycięcie około 14 ctm., zeszyto końce jelita i wpuszczono do otrzewnej. Kawałek wycięty u góry zeszyto na ślepo, krezkę przez nacięcie podstawy trochę uruchomiono. Wtedy od strony utworzonego sztucznie krocza kanału cęgami przebito otrzewną między pęcherzem mocz. i kiszką stolcową, otwór rozszerzono, a następnie przygotowaną pętlę jelita wciągnięto w ten otwór i umocowano 5-ma szwami strunowymi przy sromie, resztę rany tamponując. Zaszycie brzucha na głucho. Wygojenie zupełne.

Badanie po upływie miesiąca wykazuje, że utworzona została wcale dobra pochwa, mogąca służyć zupełnie prawidłowo do spółkowania.

Zachodzi tu pytanie, czy jest rzeczą etyczną, stwarzać kobietom i tak nie mogącym mieć dzieci pochwy, umożliwiającej spółkowanie?

M. jest zdania, że jesteśmy w prawie zabieg ten wykonywać, chodzi tu bowiem o przywrócenie spokoju duchowego, bo przecież taka chora ma prawo żądać, by była taką samą kobietą, jak inne. Zabieg opisany, wykonany czysto, zupełnie niebezpieczny nie jest, a nawet, jeżeli wykonany jest cięciem poprzecznem, to i blizny potem nie widać.

(Münch. med. Wochenſt. № 51 1909).

A. KLĘSK.

Skutsch. *Leczenie zarośnięć części rodnych niewieścich.*

Pogląd Veita i Nagela, że zarośnięcia organów płciowych kobiecych bywają najczęściej nabyte, rzadko zaś wrodzone, coraz więcej zyskuje zwolenników. Zarośnięcia nabyte są, naturalnie, następstem spraw zapalnych. Do wrodzonych należą przeważnie te zarośnięcia, które istnieją razem ze zboczeniami rozwojowemi organów płciowych. Zaprzeczyć się jednak nie da, że i zarośnięcia wrodzone mogą być pochodzenia zapalnego.

Według Veita, ten sam zarazek, który prowadzi do zarośnięcia pochwy, wywołuje też zapalenie jajowodów i powoduje zarośnięcie ich końców brzusznych. W ten sposób powstają krwiaki jajowodowe. Te właśnie krwiaki pękają nieraz podczas przecinania przegrody pochwowej, wykonywanego w celu opróżnienia krwiaka śródpochwowego i śródmacicznego, a pękają dlatego, że worek jajowodowy ulega wtedy szarpaniu wskutek nagłego zmniejszenia się guzów macicy i pochwy. Następstwem pęknięcia worka jajowodowego jest wylanie się krwi do jamy brzusznej i zapalenie otrzewnej.

Tego właśnie unikać należy i dlatego w każdym przypadku, w którym podejrzywa się udział jajowodów w zarośnięciu

narządów płciowych, czyli obecność obok krwiaka pochwy i macicy krwiaka jajowodu, nie można zadowalać się tylko przecięciem przegrody pochwowej w celu opróżnienia guzów z krwi tam nagromadzonej, lecz należy przedtem wykonać cięcie brzucha, aby módz dokładnie zbadać stosunek jajowodów do innych narządów i zmiany w narządach rodnych wewnętrznych, zrosty między nimi, a dopiero potem przeciąć przegrodę pochwy, śledząc przytem uważnie zmiany, zachodzące w jamie brzusznej, w miarę wypływania krwi z pochwy. Bardzo zmienione jajowody należy zaraz po ich opróżnieniu wyciąć, aby chorą nie narażać w przyszłości na niebezpieczeństwo.

Autor operował właśnie przypadek krwiaków pochwy i macicy, przyczem podejrzywając zmiany w przydatkach macicy, otworzył naprzód jamę brzuszną, a następnie przeciął przegrodę pochwy. Po opróżnieniu guzów pochwy i macicy przekonał się, że macica była jednorożna lewa, połączona rodzajem mostu z prawym szczątkowym rogiem macicy. Lewy jajowód był mocno zgrubiały, przyrosły do otoczenia a zwłaszcza do jajnika, prawe przydatki wątłe, niezmienione. Lewy jajowód wycięto; prawy odcięto od macicy, aby uniemożliwić na przyszłość zajście w ciążę. Zeszycie ściany brzusznej, wycięcie przegrody pochwowej i obszycie brzegów rany. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

(*Zentrbl. f. Gynäk. 1910 № 2*).

M. ZWEJGBAUM.

Prochownik. *O trwałem zachowawczem leczeniu przewlekłego zapalenia przydatków macicy.*

Dokładne wyznaczenie granic między sposobami zachowawczymi i zabiegami operacyjnymi w przypadkach przewlekłego zapalenia przydatków jest, według autora, jednem z najważniejszych zadań doby obecnej. W tym celu służyć może krytyczna statystyka przypadków rzeczywistego i trwałego wyleczenia. Jako leczenie trwałe uważać należy odzyskanie zupełnej zdolności do pracy, prawidłowych i niebolesnych czynności narządów płciowych i sąsiednich części przewodu pokarmowego. 160 przypadków przewlekłego zapalenia przydatków macicy udało się wyleczyć sposobem zachowawczym— 70%. Trzyletni przeciąg czasu wydaje się autorowi dostatecznym w ocenianiu trwałości wyleczenia. Leczenie polega głównie na leżeniu, wzmożonem odżywianiu, zastosowywaniu z początku lodu, potem ciepła, ciepłego powietrza i kąpieli elektrycznych. Stosowano także gorące przestrzykiwania pochwy i zakładanie wacików, przepojonych ichtiolem i gliceryną (5%).

W 30% przypadków leczenie zachowawcze nie dało wyni-

ków pomyślnych. Szczególnie niepomyślne bywało rokowanie w przypadkach takich, gdzie nie usunięto nawet objawów podmiotowych i stan chorych bywał gorszy podczas powtórnego leczenia, niż podczas pierwszego. Drugie i trzecie leczenia bywały wtedy tylko odroczeniem terminu zabiegu operacyjnego. Operacyjnie leczono 43 chorych, z których zmarło 6. To podniesienie się śmiertelności w stosunku do ubiegłej epoki operacyjnej, gdzie wynosiła ona tylko 10%, tłomaczy autor w ten sposób. Wobec zachowawczych sposobów leczenia zabiegom doszczętnym poddają się tylko przypadki wyjątkowo ciężkie i to w terminie znacznie opóźnionym, kiedy już potworzyły się b. rozległe zrosty. Jakkolwiek więc w sposobach zachowawczych leczenie zapalenia przydatków widzieć należy jedną z największych zdobyczy lecznictwa chorób kobiecych w ostatnich dziesięciu latach, należy jednak dostatecznie wcześnie rozpoznawać i operować przypadki, nadające sią tylko do zabiegów doszczętnych.

(*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynakologie. April 1909*).

F. POŻARYSKA.

Hellendall. *Siedmiokrotne cięcie brzucha z powodu zrostów, wychodzących z części rodnych.*

Pacyentka opisana operowana była 6 razy przedtem gdzieindziej. Pierwsza operacya w styczniu r. 1902 z powodu silnych bólów po lewej stronie brzucha, usunięcie jajnika. W lipcu tegoż roku nowe bóle i operacya, za pomocą której usunięto zrosty. W styczniu 1903 usunięcie prawego jajnika, w sierpniu 1903 i październiku 1904 cięcie brzucha z tych samych powodów, w listopadzie 1905 nowa laparotomia—wycięcie całej prawie sieci!

Pacyentka podaje, że po każdej operacyi przez 2—3 miesięcy czuła się dobrze, poczem przypadłości występowały gwałtownie na nowo.

Z powodu silnych bólów, połączonych z wymiotami i występujących napadowo, przystąpił H. do siódmego zabiegu z rozpoznaniem zrostów macicy i kiszek z powłokami brzusznemi.

Pacyentka domagała się też koniecznie operacyi.

Rozpoznanie zostało potwierdzone i H. znalazł przyrośnięcie pętli jelita cienkiego w kilku miejscach do powłok brzucha. Macica prawie na całej powierzchni przedniej umocowana w bliźnie.

Uwolnienie jelit, wycięcie ponadpochwowe macicy.

Wygojenie pomyślne.

Obecnie od 6 miesięcy pacyentka czuje się zupełnie dobrze.

(Czy jednak, zwłaszcza w początkach, nie chodziło tu przedewszystkiem o przypadłości histeryczne?!)

(*Pos. towarzystwa lek. w Düsseldorfie 14. VI. 09*).

A. KLĘSK.

Palm. *O operacyjnem leczeniu unieruchomionego i powikłanego tyłozgięcia macicy z zastosowaniem cięcia w postaci kotwicy.*

Zabieg operacyjny w tyłozgięciu macicy jest wskazany wtedy, kiedy macica jest unieruchomiona w tem położeniu w następstwie spraw zapalnych. Wykonanie zabiegu przez pochwę jest wtedy niepożądane, gdyż nie usuwa bynajmniej momentów przyczynowych. Jedynie po otwarciu jamy otrzewnej usunąć można zmienione chorobowo narządy, i przez przymocowanie macicy do ścian brzusznych uzyskać trwałe wyleczenie. Ujemną stroną tego sposobu jest możliwość zaburzeń w następnych ciążach, porodach, a także wytworzenie się zrostów w jamie brzusznej. Zamiast umocowania macicy przez przyszycie do ścian brzusznych można stosować wewnątrzotrzewne skrócenie więzów obłych, albo też zawieszenie macicy na skróconych więzach szerokich. Sposób pierwszy daje, według autora, niezupełnie pomyślne na przyszłość rokowanie, gdyż rozciągnięte i cienkie więzy nie długo mogą utrzymać macicę w położeniu prawidłowem. Drugi sposób może też wywołać zaburzenia podczas porodu.

Autor podaje nowy zabieg, polegający na połączeniu zabiegu Aleksandra Adamsa z operacyą brzuszną. W tym celu stosuje on cięcie w kształcie kotwicy, które prowadzi z obu stron równolegle do więzadła pachwinowego, poczynając od linii środkowej. Następnie zostaje wyosobniony płat skórny w postaci trójkąta, którego wierzchołek leży tuż ponad spojeniem łonowem, w miejscu gdzie schodzą się dwa pierwsze cięcia, a podstawa mniej więcej na połowie odległości między pępkiem i spojeniem łonowem. Wtedy następuje druga część zabiegu — otwarcie jamy brzusznej za pomocą cięcia wzdłuż linii środkowej. Umożliwia to dokładne obejrzenie jamy brzusznej i stanu przydatków. Potem stosuje się drugi akt zabiegu Aleksandra Adamsa, wyswobodzanie więzów okrągłych w kanale pachwinowym i wyciągnięcie ich do tego stopnia, aby macica znalazła się w przodopochyleniu. Zakończenie zabiegu polega na zaszyciu jamy brzusznej, a następnie na umocowaniu więzów okrągłych przez przyszycie mięśnia skośnego wewnętrznego do tylnej blaszki więzadła Pouparta, z jednoczesnem ujęciem w szew więzów okrągłych.

Autor stosował ten sposób w 7 przypadkach i uzyskał

zypełne wyleczenie w ciągu 4 tygodni. W dwóch przypadkach nastąpiła po zabiegu ciąża, zakończona prawidłowym porodem.

(*Monatschrift für Geburtshülfe und Gynökologie April 1909*).

F. POŻARYSKA.

Palm. *Doświadczenia z eumenolem.*

Eumenol — wyciąg korzenia Tangkiu lub Kankiu, stosowany szeroko w ojczyźnie swojej—zachodnich Chinach w leczeniu zaburzeń miesiączkowych, został przywieziony do Europy przez Hirta i zbadany w instytucie farmakologii w Monachium przez Heintza. Badania na zwierzętach wykazały, że eumenol nie jest środkiem trującym, a co najważniejsze — nie może spowodować poronienia.

Sprawozdanie z pierwszych doświadczeń klinicznych daje Mueller (Münch. med. Wochenschr. № 24. 1899); jest ono bardzo pochlebne, gdyż z 14 przypadków tylko w jednym nie dał eumenol wyników pożądanych. Na zasadzie tych spostrzeżeń Mueller uważa eumenol za znakomity środek do zwalczania braku miesiączki, przyspieszania opóźniającej się, oraz do łagodzenia bólów w miesiączce.

Buck stosował wyciąg z korzenia Tankiu z powodzeniem w bolesnem miesiączkowaniu.

Palm posługiwał się eumenolem głównie dla wywołania opóźnionej miesiączki. Z 12 przypadków, opisanych przez autora, w 7-iu działanie było szybkie i skuteczne.

Bardzo ważne jest spostrzeżenie Palma, że eumenol nie wpływa na przebieg cięży, gdyż zastosowany w 4 przypadkach u kobiet ciężarnych nie wywołał poronienia, ani też innych zaburzeń przebiegu ciąży.

Autor nie zauważył dodatniego wpływu na bolesne miesiączkowanie, pomyślne zaś wyniki, osiągnięte przez Muellera, objaśnia jednoczesnem zastosowywaniem żelaza, wodolecznictwa i t. p.

Poza przykrym smakiem żadna z pacyentek nie uskarżała się na objawy poboczne.

Wyciąg z korzenia Tankui przygotowuje firma Mercka w 50 gm. flaszeczkach, używa się po łyżeczce od kawy parę razy dziennie.

(*Münch. Med. Wochensch. 1910 № 1*).

M. KASPEROWICZOWA.

Petren. *O leczeniu pęknięcia macicy.*

Celem wszystkich zabiegów w pęknięciu macicy jest jaknajszybsze i najostrożniejsze zakończenie porodu, zatrzymanie

krwotoku i zwalczenie zakażenia. Rozwiązanie przez drogi naturalne jest możliwe i wskazane, jeżeli płód znajduje się jeszcze całkowicie w macicy. Jeżeli zaś dostał się on już całkowicie lub częściowo do jamy brzusznej, to zabiegi ręczne grożą niebezpieczeństwem powiększenia rozdarcia i zakażenia. Wtedy jedynie skutecznym jest zabieg brzuszny. Sączki i wypchanie macicy grają największą rolę w zachowawczem powstrzymaniu krwotoku. Ten sposób nie może jednak nigdy wystarczyć w przewlekłem, wewnątrzotrzewnem krwawieniu. Najpewniej i najdokładniej pomaga wówczas podwiązanie krwawiących naczyń za pomocą zabiegu brzusznego Jedynie usunięcie macicy przez brzuch może również zapobiedz zakażeniu, grożącemu wskutek pęknięcia. Statystyczne zestawienie materyału klinicznego przemawia również na korzyść tego sposobu leczenia.

Z przypadków, leczonych zachowawczo, pozostało przy życiu 28%, z leczonych za pomocą zabiegu brzusznego 47%. W postępowaniu doszczętnem mamy do wyboru między zeszyciem macicy, całkowitem jej usunięciem, lub nadpochwowem odcięciem. Jeżeli ma się do czynienia z dużem rozdarciem, o brzegach nieprawidłowych, poszarpanych, zeszycie przedstawia dużo trudności, nie daje możności całkowitego usunięcia krwiaków z tkanki okołomacicznej, a także dokładnego zatamowania krwotoku. Pęknięta macica jest przeważnie miejscem, skąd rozchodzi się ogólne zakażenie. W przeważnej więc liczbie przypadków wskazane jest całkowite usunięcie macicy. Zeszycie stosować możnaby jedynie u młodych, bezdzietnych osób z prawidłowemi drogami porodowemi i jeżeli się ma przed sobą niepowikłane, nieznaczne rozdarcie, bez objawów zakażenia. W praktyce prywatnej ograniczyć się należy, oczywiście, do zabiegów tymczasowych, polegających na usunięciu płodu przed pochwą, o ile to się z łatwością daje wykonać; na powstrzymaniu krwotoku przez wytamponowanie macicy i ucisk zewnętrzny. W każdym razie należy postarać się o jaknajszybsze stworzenie odpowiednich warunków do wykonania odpowiedniego zabiegu brzusznego w celu całkowitego usunięcia macicy.

(*Monatssrchrift für Geburtshülfe und Gynäkologie April 1909*).

F. POŻARYSKA.

Johnsen. *Odłuszczenie torebek nerek w rzucawce porodowej.*

Jeżeli weźmie się pod uwagę, że rzucawka porodowa daje jeszcze poważny procent śmiertelności, np. podług spostrzeżeń J. 39%, to każdą próbę leczenia tejże choroby powitać należy z radością.

Przedewszystkiem ma tu J. na myśli odłuszczenie torebek nerkowych, podług Edobohlsa. Razem z 3 przypadkami autora opisano dotąd w piśmiennictwie 42 przypadki tej operacyi, przyczem w 24 uzyskano wyleczenie. Dodać należy, że operowano w przypadkach najcięższych, stosując zabieg ten, jako ostatnią deskę ratunku.

J. spostrzegał 3 przypadki. Wprawdzie 2 zmarły, ale i tam wynik zaraz po zabiegu był tak widoczny, że przemawiał sam za sobą.

Zabieg daje się wykonać szybko, uśpienie z powodu stanu chorej nie jest potrzebne.

Wyłączyć należy od operacyi przypadki, w których mocz odchodzi obficie. Odsetek białka nie jest wskazaniem lub przeciwwskazaniem do zabiegu. Operować należy wtedy, gdy mimo ukończonego porodu napady występują na nowo.

(*Deut. Med. Wochenft.* № *51*).

A. KLĘSK.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie 8 Lipca 1909 r.

1. *Krauze.* Przypadek wnętrostwa o niezwykłym przebiegu pooperacyjnym.
2. *Oderfeld.* Pokaz chorej z wielolicznymi włókniakami (fibromata mollusca).
3. *Kryński.* Rak oskrzela z przerzutami w obu obojczykach.
4. *Ten-że.* Przypadek tarni dwudzielnej
5. *Ten-że.* Pokaz guza rakowego odźwiernika.
6. *Kiełkiewicz.* Pokaz sączka Freyera do sączkowania pęcherza moczowego.
7. *Sawicki Br.* Przypadek torbieli krwistej szyi.
8. *Gurbski.* Pokaz kleszczy kostnych Quervaina.

1. *Krauze* przedstawia chorego i omawia przypadek wnętrostwa o niezwykłym przebiegu pooperacyjnym. Chory 12 letni chłopak kilka miesięcy temu, jak powiada, uderzony został w brzuch i od tego czasu ma bóle w lewej pachwinie. Badanie wykazuje, że w lewym kanale pachwinowym znajduje się bardzo małe jądro, bolesne na ucisk, i nie dające się wcale ściągać ku dołowi. Lewa połowa moszny pusta. Czy jądro to i przed uderzeniem znajdowało się w tem miejscu, niewiadomo. Objawów zapalnych w okolicy lewej pachwiny niema. Z powodu dolegliwości, jakich chory doznawał, przystąpił K. do operacyi przymocowania jądra do dna moszny sposobem Hahna. Po przecięciu skóry trudno było na dnie znaleźć jądro i dopiero po przecięciu przedniej ściany kanału pachwinowego można było wyczuć jądro, leżące wysoko w blizkości wewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Po przecięciu osłony pochwowej i wszystkich zrostów, udało się oddzielić jądro wraz ze sznurkiem nasiennym. Jądro okazało się nadzwyczaj małem i z powodu bardzo krótkich naczyń ani na 1 centimetr nie dało się ściągnąć ku dołowi. Wobec konieczności uwolnienia chorego od dolegliwości miał K. do wyboru albo zupełnie usunąć jądro, albo wyciąć wszystkie naczynia, jak to zwykle robi Bevan. K. wybrał ostatni spo-

sób i wyciął wszystkie naczynia, pozostawiając tylko nasieniowód, który był bardzo cienki, wraz z jego naczyniami, wtedy z łatwością udało się jądro ściągnąć i operacyę dokończyć.

Po wycięciu wszystkich naczyń zauważył K. żywe krwawienie z żyły w blizkości jądra, którą podwiązał. Kanał pachwinowy zaszył K. na sposób Bassiniego. Chory miał się po operacyi dobrze, nie gorączkował. 5-go dnia zdjęto opatrunek i jądro przedstawiało wszelkie cechy zgorzeli, było czarne, twarde jak skorupa, suche, niebolesne. Po kilku jednak dniach skorupa ta sucha zaczęła oddzielać się i w końcu oddzieliła się zupełnie; jądro oczyściło się i pokryło dobrą ziarniną. Wobec takiego powikłania można było dopiero w 4 tygodnie po pierwszej operacyi odprowadzić jądro pod skórę, którą złączono kilku szwami. Po kilku dniach zdjęto szwy i rana zagoiła się zupełnie. Obecnie jądro trzyma się dobrze w miejscu przymocowanem, przyrośnięte do skóry moszny.

(Streścił mówca).

Kryński sądzi, że aczkolwiek przyczyną zgorzeli jądra mogło być jedynie tylko podwiązanie naczyń sznurkowych, nie upoważnia to bynajmniej do wyprowadzania daleko idących wniosków. Sprawa wycinania sznurka nasiennego jest dostatecznie wyświetlona dzięki badaniom Sławińskiego i Radlińskiego. K. od pewnego czasu wycina zasadniczo sznurek nasienny w doszczętnem operowaniu przepukliny; postępowanie takie stosował dotychczas w 40 przypadkach z wynikiem zupełnie dobrym. Prócz przemijającego obrzęku jądra, jaki zjawia się u ¼ operowanych, innych powikłań w przebiegu pooperacyjnym K. nie spostrzegał.

Wertheim zaznacza, iż warunki ukrwienia jądra u dzieci są inne, niż u dorosłych. Zwraca na to uwagę Radliński w ostatniej swej pracy, przestrzegając przed podwiązywaniem naczyń sznurka u chłopców poniżej lat 11.

Lewenstern nadmienia, iż jądro i nasieniowód znajduje się po zabiegu Hahna w warunkach odmiennych, niż po operacyi przepukliny. Po tej ostatniej jądro pozostaje w zwykłem miejscu i środowisku, po pierwszym zaś narażone jest na ucisk, wysychanie, zmianę ciepłoty co, upośledzając odżywianie, ułatwiać może powstanie zgorzeli.

2. *Oderfeld* przedstawia chorą z wielolicznymi włókniakami (fibromata mollusca), z których jeden, wielkości 2 pięści, zwisa na grubej i długiej szypule po nad lewą sutką, pozostałe zaś, wielkości orzecha włoskiego lub mniejsze, rozsiane są po całej prawie powierzchni ciała.

Sawicki zaznacza, że poczas usuwania tego rodzaju nowotworów, w razie, gdy są usadowione na b. szerokiej podstawie, zdarzają się nader obfite, trudne do opanowania krwotoki. S. stracił z tego powodu chorą, która zmarła w parę godzin po operacyi w objawach ostrej niedokrwistości. U drugiej chorej postanowił S., z obawy krwotoku, operować dwuczasowo i usunął tylko połowę guza, poczem chora opuściła szpital, nie zgadzając się na zabieg powtórny.

Leśniowski nadmienia, że wspomniana chora, operowana później

w innym szpitalu, zmarła również w parę godzin po operacyi w skutek nadmiernej utraty krwi.

3. *Kryński* przedstawia fotografię przypadku niezwykłej postaci nowotworu kostnego, który operował u mężczyzny 46 letniego. I tak widać na fotografii, że oba dołki podobojczykowe wypełnione są przez guzy okrągławe, dość zbite, lecz sprężyste, nieruchome i ściśle zrosłe z obojczykami. Na stronie lewej ma on wielkość jaja gęsiego, prawy zaś trochę mniejszy; rozwój ich datuje się od 4-ch miesięcy, lewy zauważył chory nieco wcześniej. Guzy na dotyk niebolesne, jednak sprawiają duże dolegliwości choremu, szczególnie lewy, utrudniający znacznie ruchy w całej kończynie górnej.

Chory, dość wynędzniały, wskazuje na ogólne osłabienie, niekiedy kłucie w piersiach, zmian jednak w narządach klatki piersiowej wykazać nie można. Przymiotu nie przechodził. Próba Wassermanna, wykonana bardzo dokładnie przez dr. Wojciechowskiego, dała wynik ujemny. Rozpoznał przeto Kr. nowotwory złośliwe obu obojczykow, prawdopodobnie kostniakomięsaki, i wykonał ich wycięcie wraz z całym obojczykiem na stronie lewej, z ⅓ zaś obojczyka na stronie prawej. Przebieg pooperacyjny był przez pierwszy tydzień pomyślny, w drugim tygodniu 9 dnia po zabiegu wystąpiły objawy obustronnego zapalenia płuc z wysoką ciepłotą i chory zmarł po 4-ch dniach. Oględziny zwłok wykazały obecność nowotworu złośliwego, zajmującego prawie całą ścianę głównego oskrzela lewego aż do miejsca jego podziału, ściana była bardzo zgrubiała, jednakże w kierunku odśrodkowym tak, iż światło oskrzela było mało zwężone, błona zaś śluzowa niewielkie przedstawiała owrzodzenie. Te jego cechy tłomaczą brak objawów klinicznych ze strony nowotworu oskrzela, który stanowił niewątpliwie ognisko pierwotne, podczas gdy oba guzy w obojczykach były przerzutami. Badanie mikroskopowe wykazało podobieństwo budowy nowotworu oskrzela i obojczyków: i tu i tam był to rak galaretowaty, który w przerzutach obojczykowych wywołał znaczne zniszczenie substancyi kostnej. Podobne zmiany nowotworowe przedstawiały i gruczoły chłonne w śródpiersiu tylnem.

(Streścił mówca).

4. *Kryński* omówił operowany przez siebie przed 10 dniami przypadek przepukliny oponowej rdzeniowej (meningocele spinalis) u dziecka 6 miesięcznego z tarnią dwudzielną.

Badanie neurologiczne wykazało sprawność ruchową i czuciową w kończynach dolnych i również niema zaburzeń ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy. Kryński po oddzieleniu podstawy guza na kręgosłupie, która okazała się niezbyt wielka, i po zaciśnięciu jej czasowem za pomocą podwiązki sprężystej, wyciął cały worek wraz z częścią skóry, zeszył podłużnie otwór w tym worku szwem dwupiętrowym, poczem zdjął podwiązkę sprężystą i zeszył ponad tem ranę skórną w kierunku poprzecznym i wreszcie nałożył opatrunek uciskający z plastra lepkiego. Dotychczasowy przebieg pomyślny, pomimo kilkakrotnego podnoszenia się ciepłoty do 38°.

(Streścił mówca).

Leśniowski mówi o zamykaniu braku tylnej ściany kanału kręgowego za pomocą płatów kostnych, wziętych bądź z rozszczepionych łuków, bądź też, zależnie od umiejscowienia przepukliny, z żeber lub skrzydeł podlędźwiowych. Niesłusznie, zdaniem mówcy, sposób ten rzadko jest używany, gdyż zwykle stosowane płaty mięśniowe nie dają dość mocnego pokrycia, wskutek czego powstają nawroty przepukliny.

Oderfeld i Kryński nie podzielają poglądu L. co do małej wartości płatów mięśniowych, które, ich zdaniem, dają zwykle zupełnie dostateczną osłonę.

Krauze sądzi, że zamknięcie kostnowytwórcze kanału kręgowego przez nadłamanie łuków nie zawsze jest możliwe z tego względu, że po podwiązaniu i odcięciu worka przepuklinowego pozostaje duży kikut; nałożenie nań płatów kostnych wywołać może zbyt silny ucisk na zawartość kanału kręgowego.

5. ***Kryński*** przedstawił okaz odźwiernika z nowotworem rakowym, wyciętego tego samego dnia (kol. Łazarowicz) w szpitalu S-go Ducha u kobiety 37-letniej. Warunki operacyi były tu bardzo pomyślne: nowotwór niewielki i zupełna ruchomość części odźwiernikowej pozwoliły na zastosowanie metody Rydygiera — zespolenia end-to-end dwunastnicy z otworem w przeciętym żołądku po uprzedniem zeszyciu jego górnej części.

(Streścił mówca).

Rozprawy toczą się w sprawie techniki doszczętnego operowania raka żołądka oraz wartości poszczególnych sposobów w tym celu stosowanych.

Oderfeld, Sawicki i Leśniowski przyznają pierwszeństwo Billrothowi II, wskazując na następujące strony ujemne metod Rydygiera i Billroth'a I: trudność zbliżenia żołądka z dwunastnicą i dokładnego nałożenia szwów, które z powodu napięcia często przecinają brzegi ran, w związku z tem łatwość powstawania przetok.

Wykonanie zabiegu Rydygiera-Billrotha ze względów powyższych zajmuje zwykle nie mniej cazsu, niż na pozór znacznie bardziej złożonego Billroth'a II.

Leśniowski dodaje ponadto, iż, w razie wznowy nowotworu, w miejscu połączenia żołądka z dwunastnicą powstaje na nowo zwężenie, czego unika się po zespoleniu żołądka z pustnicą, jak to ma miejsce w metodzie Billroth II.

Horodyński uznaje wyższość Billortha II nad innemi metodami, sądzi jednak, że te ostatnie dają się w zwykłych warunkach wykonać szybciej, co ma poważne znaczenie wobec znacznego wyniszczenia operowanych. H. przypomina, że Billroth II składa się właściwie z 4 dość poważnych zabiegów: 1. zaszycia dwunastnicy; 2. zaszycia żołądka; 3. zespolenia żołądka z kiszką; 4. zespolenia ramion pętli jelita.

Krauze sądzi, że wybór sposobu operacyjnego zależeś powinnien od właściwości danego przypadku. W razie potrzeby rozległego wycięcia żołądka połączenie żołądka z dwunastnicą jest niewykonalne i zastosować można jedynie tylko sposób II Billrotha.

Czarkowski, przerabiając wspomniane sposoby u chorych, przyszedł do przekonania, iż Billroth II jest w wykonaniu najłatwiejszy. Sposób ten, jak uczy statystyka, daje prócz tego najlepsze wyniki.

6. *Kiełkiewicz* przedstawia sączek Freyera, używany w prostatektomiach. Jest to gruba rura gumowa, mająca w średnicy 2½ ctm. i dług. 11 ctm., o dwu dużych otworach bocznych.

Sączka Freyera nie należy umieszczać nigdy w niszy po usuniętym guzie, natomiast powinien on być jakby zawieszony w pęcherzu. Pęcherz obszywą się szczelnie wokoło sączka. Aby mocz całkowicie odprowadzić i mieć opatrunek zupełnie suchy, do tego drenu dodaje się szklaną fajeczkę, której jeden koniec szerszy wstawia się w sączek Freyera, drugi węższy łączy się z długim wężem kauczukowym.

Przemywanie pęcherza odbywa się w ten sposób: wyjmujemy szklaną fajeczkę i ostrożnie przy pomocy zwykłego cewnika Nelatona, wpuszczonego przez sączek Freyera, wykonywamy czynność tę bardzo łatwo.

(Streścił mówca).

7. *Sawicki* przedstawił okaz torbieli krwistej szyi i omówił przypadek odnośny.

Przypadek ten ogłoszony będzie w Przeglądzie chirurgicznym i ginekologicznym.

8. S. *Gurbski* pokazuje najnowsze kleszcze do wywiercania czaszek profesora Quervaina z La Chaux-de-Fonds. Jest to odmiana kleszczy Dahlgrena, zmienionych w ten sposób, że: 1) do haczyka przecinającego kość jest zastosowana sprężyna, pozwalająca przystosowywać się do czaszki różnej grubości; 2) pod haczykiem umieszczony jest ochraniacz, odsuwający oponę twardą i zapobiegający wpadnięciu do środka odłamu stali w razie złamania: Heidenhainowi odłamał się haczyk Dalgrenowskich kleszczy w czasie operacyi; oglądając zwłoki znaleziono odłamany haczyk głęboko w mózgu; 3) kleszczami Q-a można pracować bez przerwy, nie wyjmując ich po każdem nacięciu kości.

Fedor Krauze na tegorocznym zjeździe chirurgicznym w Berlinie wyraził się, że kleszcze Q-a są najlepszem narzędziem do wywiercania czaszki ze wszystkich istniejących dotychczas odmian kleszczy Dahlgrena.

Kleszcze dr. Q-a wyrabia firma Scharera w Bernie, cena 45 mrk.

(Streścił mówca).

P. HINCZ.

Posiedzenie 9 Września.

1. *Kozicki.* Przypadek zapalenia szpiku piszczeli ze zgorzelą całego trzonu kości.

2. *Szteyner.* Kamień moczowy, utworzony wokoło ciała obcego pęcherza moczowego.

1. *Kozicki,* przedstawiając 3 letniego chłopca, opowiedział przypadek następujący: I/IV 1909 r. przyniesiono dziecko do ambulatorjum chirurgicznego szpitala Wolskiego w stanie ciężkim; dziecko jest osłabione, mocno

gorączkuje. Prawa goleń znacznie zgrubiała, skóra zaczerwieniona, połyskująca; chełbotanie. Rozpoznano ropówkę tkanki podskórnej goleni w następstwie ostrego zapalenia szpiku piszczeli i niezwłocznie przystąpiono do operacyi: za pomocą długiego cięcia na wewnętrznej powierzchni goleni otworzono ropówkę i stwierdzono, że cały niemal trzon piszczeli uległ zgorzeli. Martwak usunięto palcami bez najmniejszego oporu. Obecnie rana jest zupełnie zagojona i daje się zauważyć powolne narastanie kości z pozostałej okostnej. W stawie skokowym zmian żadnych niema, natomiast główka strzałki jest przesunięta ku dołowi. Dziecku dotychczas wzbroniono stawać na nóżki, aczkolwiek okazuje chęć chodzenia.

(Streścił mówca).

Świątecki miewał przypadki, gdzie cała piszczel ulegała martwicy, kość wytwarzała się jednak z czasem na nowo z ocalałej okostnej.

Orzeł: przypadek przedstawiony nie należy do zbyt rzadkich; rozległa zgorzel kości w następstwie zapalenia ich szpiku zdarza się u dzieci dość często. W danym przypadku zwraca uwagę opóźnianie się sprawy kostnienia; przyczyną jest prawdopodobnie zbyt wczesne usunięcie kości zmartwiałej. W przypadkach tego rodzaju O. poprzestaje na szerokiem otworzeniu ropówki, a po paru dopiero tygodniach usuwa martwaka, który odgrywa rolę jakoby rusztowania, na którem wyrasta nowotworząca się kość.

Kozicki, Borsuk, Krauze, Szteyner i Oderfeld nie podzielają poglądu, wyrażonego przez Orła, wyjaśniając, że postępowanie przez tegoż zalecane jest wskazane w tym razie, gdy ulegający martwicy odcinek kości znajduje się w ścisłym związku z pozostałą jej częścią, niema natomiast celu pozostawiania martwaka zupełnie oddzielonego, ruchomego, jak w danym przypadku.

Co do postępowania leczniczego, to Świątecki sądzi, że pożyteczne byłoby w celu przyśpieszenia gojenia wypełnienie jamy po martwaku ciastem bismutowem.

Orzeł i Szteyner radzą kończynę unieruchomić, by przeciwdziałać dalszemu jej krzywieniu się.

Ciechomski zaleca postępowanie czynne: mięsienie, kąpiele, by podziałać pobudzająco na proces nowotworzenia się kości.

Borsuk: skrzywienie zależne jest nie od wygięcia trzonu strzałki, lecz od zmian w stawie piszczelowo-strzałkowym, względnie od przesunięcia się główki strzałki ku tyłowi. Na staw ten głównie należy zwrócić uwagę i w razie dalszego przemieszczania się końca stawowego strzałki, wykonać artrodezę.

Rydygier jun. radzi zastosować przyrząd, przenoszący ciężar ciała na guz kulszowy, niezbyt jednak szczelny, by uniknąć zaniku mięśni. W razie, gdyby piszczel nie wytworzyła się na nowo, unieruchomić górny koniec strzałki przez zaostrzenie go i umieszczenie w odpowiednio wytworzonym zagłębieniu w nasadzie piszczeli.

Ostrowski (Lwów) radzi spróbować wstrzykiwań zawiesiny z okostnej.

2. *Szteyner* pokazał ciało obce, wydobyte z pęcherza moczowego

przez cięcie nadłonowe u mężczyzny 49-letniego. Jest to kostka toczona długości 7 ctm., naokoło której utworzył się w postaci wrzeciona kamień, mający w obwodzie poprzecznym 7 ctm. Kostka, wprowadzona przez cewkę, pozostawała w pęcherzu przez 4 miesiące. Chory przybył do szpitala w stanie gorączkowym, z wielkim ropniem przyjądrza i z ropnym nieżytem pęcherza moczowego. Najpierw S. otworzył ropień i zbadał pęcherz cewnikiem, następnie po 2 dniach wykonał cięcie nadłonowe pęcherza, ciało obce wydobył i założył sączek-syfon Przebieg pomyślny.

(Streścił mówca).

Swiątecki zaznacza, że ciała obce pęcherza, względnie kamienie wkoło nich utworzone, zdarzają się bez porównania częściej u kobiet, niż u mężczyzn i wspomina o spostrzeganym w oddziale Krajewskiego przypadku kamienia moczowego u mężczyzny, który utworzył się wkoło pręcika z miotły, wprowadzonego do pęcherza podczas samogwałtu.

Rydyger jun. mówi o paru spostrzeżeniach kamieni, powstałych wkoło ciał obcych pęcherza moczowego oraz o przypadku kamienia w sztucznej cewce, wytworzonej ze skóry krocza przez Gersuniego. Kamień składał się z włosów, na które nawarstwiły się sole, strącone z moczu. By uniknąć dalszego tworzenia się kamieni, wykonano powtórne wytworzenie się tunicae dartos.

Wertheim przypomina podobny przypadek Krajewskiego, dotyczący chłopca z wynicowaniem pęcherza moczowego, u którego wytworzono sposobem płatowym pęcherz moczowy o pojemności 60 ctm. Z nastaniem okresu dojrzałości płciowej chłopiec przybył do oddziału z objawami, znamiennymi dla kamieni pęcherzowych. Jak się okazało, przyczyną powstania kamienia. który następnie usunięto przez skruszenie, były włosy, wrastające do pęcherza.

Oderfeld zwraca uwagę na konieczność wykonywania wziernikowania pęcherza w każdym przypadku kamienia, wskazując na spustoszenie, jakie wywołać mogłyby próby kruszenia kamienia w przypadku Szteynera.

P. HINCZ.

Posiedzenie 14 października 1909 r.

1. *Oderfeld.* Przypadek wyłuszczenia kończyny górnej wraz z obręczą barkową.
2. *Kryński.* O następstwach odprowadzenia przepuklin uwięzłych.
3. *Ten-że.* 3 przypadki mięsaków: a) uda z przebiegiem gorączkowym; b) jajnika; c) w wieku podeszłym.
4. *Oderfeld.* Przypadek uszkodzenia żyły głównej wstępującej podczas operowania nadnerczaka.
5. *Leśniowski.* Przypadek uszkodzenia żyły głównej wstępującej w przebiegu operacyi roponercza.
6. *Mincer.* 2 przypadki gruźlicy nerek.

7. *Ten-że.* Pokaz kamieni moczowych, otrzymanych drogą cięcia nadłonowego.

8 *Judt.* O rentgenografii guzów złośliwych kości.

1. *Oderfeld* przedstawia 58-letnią chorą, której w czerwcu r. b. wykonał operację Bergera, t. z. desarticulation interscapulo-thoracique, t. j. usunięcie całkowite górnej kończyny wraz z łopatką i częścią obojczyka. Chora przybyła do szpitala z następującymi charakterystycznymi wywiadami. Od kilku miesięcy skarży się na bardzo silne, coraz bardziej wzmagające się bóle w górnej lewej kończynie. Leczyła się przez ten czas na „reumatyzm" smarowaniami i proszkami, aż przed 10 dniami uczuła gwałtowny, nagły ból w ramieniu, połączony z uczuciem złamania. Od tej pory najlżejsze dotknięcie resp. ruch kończyny sprawiał jej niewysłowiony ból. Lekarz, który ją w tym czasie badał, stwierdził w istocie złamanie kości ramieniowej w górnej trzeciej części i polecił wykonanie rentgenogramatu, z którym chora przybyła do szpitala. Na rentgenogramacie widzimy bardzo wyraźne złamanie, oraz zniszczenie w tem mejscu kości, dość charakterystyczne dla nowotworów, pochodzących ze szpiku kostnego. Ostrożne omacywanie miejsca złamania wykrywa wrzecionowate rozdęcie kości; skóra prawidłowa, gruczoły pachowe nie powiększone. Rozpoznano mięsaka, pochodzącego ze szpiku kostnego — postać nadzwyczaj złośliwą, wymagającą jaknajdoszczętniejszego zabiegu.

Opierając się na osobistem doświadczeniu co do operacyi Bergera, który poprzednio O. 3 razy wykonał, i uważając ją za zabieg nie większy, niż wyłuszczenie w barku, O. postanowił wykonać operacyę Bergera. Wykonano ją w sposób klasyczny, a mianowicie. Po przepiłowaniu obojczyka, podwiązano tętnicę i żyłę podobojczykową. Następnie od pierwszego cięcia, równoległego do obojczyka, poprowadzono drugie, okalające cały bark. Do cięcia pod pachą dołączono pionowe ku dołowi.

Po odłuszczeniu skóry od łopatki i klatki piersiowej i przecięciu mięśni łopatki, usunięto całą kończynę wraz z łopatką. Podwiązano starannie kilkanaście drobnych naczyń i całą ranę zaszyto. Zagojenie przez rychłozrost; po 10 dniach chora opuściła szpital. Aczkolwiek operacya ta daje jeszcze pokaźną odsetkę nawrotów, przyczyny jednak szukać należy raczej w złośliwości sprawy, aniżeli w samym zabiegu.

(Streścił mówca).

Kryński podnosi z uznaniem dobry wynik operacyi, ma jednak wątpliwość, czy tak ciężki zabieg był w danym przypadku niezbędny. Wobec tego, że nowotwór nie sięgał zbyt wysoko, wystarczające byłoby, zdaniem K., wyłuszczenie kończyny w stawie barkowym, zabieg znacznie lżejszy, w wykonaniu łatwiejszy i mniej okaleczający.

Oderfeld odpowiada, iż w nowotworach tak bardzo złośliwych, jakimi są mięsaki pochodzenia kostnego, wskazane jest zawsze postępowanie jaknajbardziej doszczętne, możliwie zabezpieczające od wznowy. Co do wyłuszczenia kończyny górnej wraz z obręczą barkową, zabieg ten nie jest trudniejszy w wykonaniu, niż wyłuszczenie w stawie ramieniowym; pod

innymi również względami, o których mówił K., uważa Oderfeld oba zabiegi za mniej więcej równorzędne.

2. *Kryński* mówił o „następstwach odprowadzania przepuklin uwięzłych”. Z pomiędzy dwóch istniejących sposobów leczenia przepuklin uwięzłych, odprowadzanie, panujące wszechwładnie w dawniejszej chirurgii, dziś należy stanowczo do przeżytków, mogących w bardzo wyjątkowych tylko przypadkach mieć zastosowanie. Każdy z nas zna i niestety zbyt często jeszcze spotyka te smutne następstwa usiłowań odprowadzenia. Są one przyczyną najczęstszą mniej lub więcej rozległych obrażeń przewodu jelitowego, pociągających za sobą niebezpieczeństwo życia chorego lub też, w razie doraźnego wyzdrowienia, późniejsze zaburzenia w czynności jelit w następstwie zmian odżywiania w ich ścianach. Jedyny rodzaj dopuszczalny odprowadzenia jest, zdaniem Kryńskiego, odprowadzenie samoistne, które zachodzi niekiedy w ciepłej kąpieli, poprzedzającej operacyę. Jednakże i takie napozór najpomyślniejsze dla chorego rozwiązanie sprawy może z czasem spowodować następstwa bardzo ciężkie, jak o tem poucza następujący przypadek.

46-letni wyrobnik przywieziony był do szpitala S-go Ducha w listopadzie 1908 roku z objawami ciężkiego uwięźnienia przepukliny pachwinowej lewej, trwającego dwie doby. W domu czyniono usiłowania odprowadzenia bezskutecznie; pomimo to jednak w szpitalu podczas przygotowania do operacyi w kąpieli ciepłej przepuklina weszła samoistnie i chory nieoperowany po kilku dniach poszedł do domu. W niespełna 8 miesięcy później w lipcu r. b. przywieziono go znów do szpitala w stanie bardzo groźnym, z objawami zupełnej niedrożności jelit od trzech dni: ogromne wzdęcie brzucha, wymioty kałowe, język suchy, tętno nikłe, ciepłota 36.2°.

W znieczuleniu rdzeniowem (tropococaini 0,08) wykonał Kryński cięcie brzucha, które wykazało, co następuje. Pętle jelita cienkiego olbrzymio wzdęte, kiszka gruba przedstawia się normalnie; w odległości 25 — 30 ctm. od zastawki Bauhina pętla jelitowa przyrosła do ściany brzusznej tuż powyżej pachwiny lewej; w tem miejscu widać bardzo mocne zwężenie jelita na przestrzeni 10 ctm. i bezpośrednio odtąd ku górze rozpoczyna się rozdęcie pętli jelitowych, podczas gdy odcinek dolny poniżej zwężenia, podobnie jak i kiszka gruba, mają wejrzenie prawidłowe. Kryński wyciął całą część zwężoną jelita w granicach zdrowych (16 ctm.), przecięte końce zeszył ze sobą (end-to-end) z pozostawieniem przetoki kałowej, w którą wprowadził sączek. Pomimo chwilowej poprawy w ciągu pierwszych dwóch dni po operacyi, stan chorego był beznadziejny i 6-go dnia nastąpiło zejście śmiertelne.

Przedstawiony okaz jest to odcinek jelita o świetle zaledwo przepuszczającem najcieńszy cewnik sprężysty. Ściana zgrubiała kilkakrotnie ma na powierzchni trzy podłużne zagłębienia linijne, przebiegające wzdłuż ściany jelitowej, równolegle do nasady krezki. Zagłębienia te pochodzą od blizn, które, jak to widać na preparatach mikroskopowych, w postaci pryzmatycznych pasem łączno-tkankowych zagłębiają się od powierzchni surowiczej przez obie warstwy mięśniowe aż do warstwy podśluzowej. Błona śluzowa pofałdowana, miejscami zanikła.

Nie ulega wątpliwości, iż to bliznowate zwyrodnienie ściany jelitowej

jest następstwem częściowego obumarcia jej tkanek wskutek zaciśnięcia we wrotach przepukliny podczas pierwszego uwięźnienia przed rokiem. Świadczy o tem i zrost tego miejsca z otrzewną ścienną tuż obok otworu pachwinowego wewnętrznego.

Sławiński wątpi, czy pochodzenie blizny w ścianie kiszki jest istotnie takie, za jakie uważa je Kryński. Jeśliby blizna była śladem zaciśnięcia kiszki w przepuklinie, powinna by być poprzeczną, nie podłużną. Niemniej prawdopodobne jest przypuszczenie, że sprawa w kiszce niema nic wspólnego z uwięźnieniem przepukliny. Zawartością tej ostatniej mogła być sieć lub inna pętlica kiszki, blizna zaś jest pozostałościa po jakiemś innem przebytem cierpieniu jelita.

Leśniowski zrozumiał przemówienie kol. Kryńskiego w taki sposób, że, zdaniem Kr., każdy chory z uwięzioną przepukliną, dostarczony do oddziału chirurgicznego, musi być operowany, i to niezwłocznie. L. zgadza się z pierwszą połową twierdzenia kol. Kr., że każdy taki chory musi być operowany, natomiast protestuje przeciwko drugiej połowie. L. jest zdania, że o ile tylko całokształt warunków danego przypadku na to pozwala, należy najpierw sprobować odprowadzić trzewa uwięzione, czy to za pomocą wanny, czy to tych lub innych nie gwałtownych rękoczynów. O ile takie odprowadzenie udaje się, chorego wypadnie zoperować po upływie pewnego czasu, poniekąd a froid, co zawsze jest z większą dla chorego korzyścią, niż operowanie w chwili uwięźnienia. Należy przecież rozróżniać operowanie przepukliny pustej, o tkankach zdrowych, od operowania przepukliny, wypełnionej trzewami uwięzionemi, zawierającej płyn zakażony, o ścianach zmienionych, zanieczyszczonych. Oczywiście operowanie w tkankach zdrowych pozwala wykonywać zabiegi doszczętne, operowanie w chwili uwięźnienia—daje możność wykonania zabiegu zupełnie prymitywnego. Oczywiście tedy, o ile tylko możemy bez narażenia chorego na niebezpieczeństwo zamienić przepuklinę uwięzioną na wolną, a zatem zoperować chorego w daleko pomyślniejszych warunkach—uczynić to, bez wątpienia, należy.

(Streścił mówca).

Świątecki: z przemówienia kol. Kryńskiego zdaje się wynikać, że chorego z uwięźnieniem przepukliny należałoby operować nawet wówczas, gdy uwięziona kiszka po zastosowaniu tego lub innego środka cofnęła się do jamy brzusznej. Czy istotnie prelegent takie twierdzenie miał na myśli?

Borzymowski: należy rozróżniać wskazania do doszczętnej operacyi na samej przepuklinie od wskazań do tego lub innego zabiegu na uwięzionej kiszce. Jedno z drugiem niema nic wspólnego: wykonanie doszczętnej operacyi przepukliny nie może wpłynąć na dalsze losy odprowadzonej kiszki.

Kryński wyjaśnia, iż bynajmniej nie utrzymywał, że u każdego bezwzględnie chorego z przepukliną uwięzłą powinien być bezzwłocznie wykonany zabieg doszczętny, tembardziej nie miał na myśli konieczności operowania, gdy przepuklina w kąpieli odejdzie, powstawał jedynie przeciwko gwałtownemu odprowadzaniu, bez należytego rozważenia, czy jest ono ze względu na stan trzew uwięzłych dopuszczalne. Wiadomem jest, że odprowadzanie przepuklin dozwolone i wskazane jest w następujących razach: 1) jeśli uwięźnienie nie jest długotrwałe, 2) jeśli zaciśnięcie trzew nie jest

zbyt silne, 3) w przypadku uwięźnienia nawykowego, 4) u osobników wiekowych, osłabionych, u których każdy większy zabieg jest przeciwwskazany. Sławińskiemu K. odpowiada, iż, aczkolwiek wyjaśnienie powstania blizny w ścianie jelita nie opiera się na danych zupełnie pewnych, jest ono conajmniej nader prawdopodobne, gdyż wywiady nie wskazują, by chory przechodził jakąbądź sprawę w kiszkach, prowadzącą do tworzenia się blizn.

Jakimiak zwraca uwagę, że czas trwania uwięźnienia nie zawsze jest wskazówką miarodajną co do stanu uwięzłej kiszki i przypomina spostrzeżenie własne, gdzie cięcie przepukliny wykonane było w 2 godziny po uwięźnieniu, pomimo tego kiszka uwięziona miała barwę czarną, w ścianie zaś jej znaleziono duże wylewy krwawe.

3. *Kryński* przedstawił 3 okazy guzów złośliwych—mięsaków, operowane u trzech chorych różnego wieku i cechujące się odmiennym przebiegiem klinicznym, różnem umiejscowieniem anatomicznem i różną budową.

a) Nowotwór wielkości głowy dziecka 5-letniego, kształtu bardziej jajowatego, który zajmował powierzchnię wewnętrzną uda prawego u mężczyzny 34-letniego, był zrośnięty ściśle z mięśniami i u góry dochodził prawie do kości łonowej; rozwój guza datuje od 4-ch miesięcy. W głębi pachwiny prawej wyczuwa się kilka gruczołów chłonnych. Chory gorączkuje do 38,4°. Początkowo sądził Kryński, iż trzeba będzie usunąć razem część kości miednicy, okazało się jednak w przebiegu operacyi (znieczulenie lędźwiowe, tropacocaini 0,08, później chloroform), że nowotwór zrósł się tylko z mięśniami wewnętrznej powierzchni uda (mm. adductores, m. gracilis), które wycięto razem, podczas gdy naczynia wielkie, zarówno jak i kości miednicy zupełnie zdrowe; nadto usunięto wszystkie gruczoły z nad i z pod więzu pachwinowego. Ogromną ranę skórną zaszyto zupełnie. Zagojenie doraźne. Ciepłota opadła zaraz po operacyi. Budowa histologiczna przedstawia obraz mięsaka wrzecionowato-komórkowego.

b) Jajnik wielkości głowy mężczyzny, zajęty w całości nowotworem, wydobyty u kobiety 45-letniej, która początek cierpienia liczy od ubiegłej wiosny, a więc z górą ½ roku temu. Obecnie brzuch olbrzymio wzdęty, obwód przez pępek wynosi 152 ctm., wypełniony płynem, przez który z trudnością wyczuć się daje guz.

Stan ogólny chorej rozpaczliwy: tętno 116, ledwo wyczuwalne, oddech 28; stolca niema od dłuższego czasu. W przeddzień operacyi wypuszczono trójgrańcem 14 litrów płynu surowiczego, lekko opalizującego, z małą domieszką krwi. Cięcie brzucha w znieczuleniu rdzeniowem (tropacocaini 0,06); okazało się, iż guz wielki zajmował jajnik prawy, pozatem mnóstwo guzków drobnych na narządach rodnych, pętlach jelitowych i krezce. Nowotwór usunięto; szew zupełny na powłoki brzuszne. Przebieg zupełnie pomyślny, chora po 12 dniach wyjechała na wieś; w ostatnich dniach przed odjazdem można było już stwierdzić niewielką ilość płynu w jamie otrzewnej. Budowa mikroskopowa mięsaka: sarcoma mixtum globocellulare.

c) Nowotwór wielkości i kształtu jaja gęsiego, usunięty ze szyi mężczyzny 56-letniego, gdzie znajdował się pod górną częścią m. sterno-cleido-mastoidei po stronie prawej, zrośnięty z pochewką wielkich naczyń. Naczy-

nia te udało się oddzielić bez uszkodzenia i guz wyjąć w całości. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Badanie mikroskopowe wykazuje budowę mięsaka chłoniakowego (lymphosarcoma).

(Streścił mówca)

Czarkowski: obecność w jamie brzusznej wolnego płynu dowodziła istnienia przerzutów nowotworu. Zwrócenie uwagi na powyższą okoliczność, zbadanie otrzymanego przez nakłucie płynu powinno było skłonić prelegenta do zaniechania zabiegu, nie przynoszącego chorej w tych warunkach żadnej korzyści.

Borzymowski zaznacza, że przez Czarkowskiego poruszoną została kwestya zasadnicza: czy należy operować nowotwory jamy brzusznej w razie istnienia przerzutów, gdy z tego względu doszczętne wyleczenie jest niemożliwe.

B. sądzi, że odpowiedź powinna być twierdząca, a to na mocy spostrzeżeń, stwierdzających, że po usunięciu dużych guzów złośliwych jamy brzusznej, pomimo pozostawienia licznych przerzutów, stan chorych na tyle się poprawił, że ciż przez czas względnie długi, rok lub więcej, zdolni byli do ciężkiej nawet pracy zawodowej.

B. wspomina prócz tego o ogłoszonych spostrzeżeniach, nie przesądzając zresztą ich wiarogodności, samoistnego znikania przerzutów po wycięciu pierwotnego guza jamy brzusznej.

Ciechomski z Borzymowskim zgodzić się nie może: operowanie nowotworów złośliwych w razie istnienia nie dających się usunąć doszczętnie przerzutów jest zgoła bezcelowe i nie przynosi chorym zwykle nawet doraźnej korzyści. Nie wyobraża sobie również C. możliwości samoistnego zanikania guzów złośliwych, o którem mówił Borzymowski. Spostrzeżenia tego rodzaju oparte są bez wątpienia na błędnem rozpoznaniu lub zbyt krótkotrwałem spostrzeganiu: wszak są postacie mięsaków jamy brzusznej o przebiegu względnie łagodnym i długotrwałym.

Sławiński przypomina znane spostrzeżenia, dotyczące otorbionych ciał obcych otrzewnej, np. pestek od malin, które przedostały się do jamy brzusznej po przedziurawieniu żołądka. Tego rodzaju guzy zapalne, ulegające z czasem wchłanianiu samoistnemu, mogą być brane za nowotwory złośliwe i dawać powód do błędnego wnioskowania o zanikaniu tych ostatnich.

Bartkiewiczowi znane są z piśmiennictwa przypadki znikania nowotworów złośliwych. Wszystkie one są jednak niepewne i oparte prawdopodobnie na błędnem rozpoznaniu: odróżnienie nacieczenia drobnokomórkowego od pewnych postaci mięsaków jest rzeczą czasami wręcz niepodobną.

Stankiewicz Cz. jako przyczynek do omawianej kwestyi przytacza własne spostrzeżenie syncythiomatis maligni, nowotworu, jak wiadomo, nader złośliwego. W przypadku tym guz przerzutowy pochwy wielkości orzecha laskowego znikł samoistnie w czas pewien po wycięciu chorej macicy. Charakter guza ustalony został przez badanie drobnowidzowe.

Leśniowski: znikanie samoistne przerzutów podnoszą w szczególności przeciwnicy operowania dotkniętej rakiem macicy drogą brzuszną, opierając się na stwierdzonym jakoby fakcie, że przerzuty raka w gruczołach

chłonnych giną po wycięciu macicy przez pochwę. Pewnych jednak dowodów na poparcie tego twierdzenia nikt dotychczas chyba nie przytoczył. Co do syncythiomatis maligni, to nowotwór ten zajmuje pośród innych nowotworów stanowisko wyjątkowe: istnieją zupełnie wiarogodne spostrzeżenia, dowodzące samoistnego zanikania przerzutów po wycięciu dotkniętej tą sprawą chorobową macicy.

W zakończeniu rozpraw Kryński, odpowiadając na wątpliwości, wyrażone przez niektórych kolegów (Czarkowski, Ciechomski), czy należało, czy warto było usuwać mięsaka jajnika wobec istnienia mnóstwa przerzutów w narządach jamy brzusznej, podkreśla, iż wycięcie guza było tu bezwzględnie wskazane ze względu na możliwość zejścia śmiertelnego. Dążeniem naszem dziś w chirurgji w przypadkach nowotworów złośliwych jest operować doszczętnie, wycinając nowotwór w tkankach zdrowych; dzięki takiemu postępowaniu pochwalić się możemy coraz pomyślniejszą odsetką wyleczeń w przypadkach raka i mięsaka. Niestety jednak ów ideał — operacya doszczętna—nie zawsze może być urzeczywistniony. Pomimo to jednak wykonać częstokroć musimy zabieg poliatywny, a to albo w celu uratowania na razie życia chorego, jak to było w danym przypadku, gdzie obecność wielkiego guza i 15 litrów płynu w jamie brzusznej powodowała, oprócz niedrożności jelit, objawy groźne ze strony płuc i serca, — albo w celu przedłużenia życia i stworzenia choremu znośniejszych warunków istnienia w danej nieuleczalnej chorobie. Z tych przecie wskazań wykonywamy choćby zespolenie żołądka z jelitem w raku odźwiernika, tem samem kierujemy się, wyskrobując lub przypalając rozpadający się nowotwór macicy — i w wyniku otrzymujemy znakomitą poprawę na całe miesiące, a nawet lat parę. Nie odstępując przeto ani na krok od obowiązującej nas dziś zasady doszczętności operacyjnej w nowotworach złośliwych, musimy być przedewszystkiem posłuszni jeszcze ogólniejszemu wskazaniu — nieść ulgę choremu w miarę naszej mocy i możności.

(Streścił mówca).

4. *Oderfeld* przedstawia okaz prawej nerki, usuniętej drogą zabiegową u 60-letniej chorej. Jest to nadnerczak wielkości głowy ludzkiej, i ogarniający prawie całą nerkę. Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów, a mianowicie pod względem klinicznym, że pomimo tak poważnych zmian w nerce, chora czuła się zupełnie dobrze, mocz żadnych chorobowych (krew) domieszek nie zawierał, — chora uważała się za zupełnie zdrową; tylko niepokój z powodu obecności w jamie brzusznej olbrzymiego guza, skierował ją do szpitala. Ilość dobowa moczu 1500 cen. Wygląd chorej dobry, trawienie prawidłowe; w jamie brzusznej wyczuwa się guz wielkości głowy dorosłego człowieka; ruchy guza we wszystkich kierunkach dość ograniczone. Operacyę wykonano drogą otrzewnową w typowy sposób, ale przy operacyi miało miejsce powikłanie, zasługujące na uwagę, mianowicie po podwiązaniu tętnicy i żyły nerkowej mocnym jedwabiem. W chwili przecięcia żyły powstał gwałtowny krwotok, tak, iż w mgnieniu oka całe pole operacyjne zalane zostało krwią żylną. Za pomocą tamponacyi pasami gazy krwawienie wstrzymano. Szybko podwiązano i przecięto moczowód i guz usunięto. Teraz dopiero przystąpiono do

załatwienia się z niepokojącym krwotokiem. W tym celu z ostrożnością usuwając tampon za tamponem we właściwej chwili zdołano uchwycić za pomocą szczypczyków hemoroidalnych krwawiące miejscę. Krwawienie ustało. Po rozszerzeniu rany hakami, przekonano się, że krwotok pochodził z otworu w rozszerzonej żyle głównej dolnej (v. cava inferior). Pierwotnie O. miał zamiar zeszyć ranę żylną, później wszakże nałożył podwiązkę boczną, skoro upewnił się, że to łatwiej i prędzej da się wykonać. Ranę brzuszną zeszyto całkowicie. O. sądzi, że wypadek ten nastąpił z winy zbyt grubej podwiązki jedwabnej, która po przecięciu żyły nerkowej zaraz przy wejściu jej do żyły głównej zsunęła się i była powodem tak alarmującego krwotoku; należy zatem lepiej używać podwiązek cieńszych, choćby 2—3 nitki, jak to zresztą radzi Kocher. Chora wyzdrowiała zupełnie po doraźnem zagojeniu się rany. O. sądzi, że wobec złośliwości nadnerczaków należy jaknajwcześniej usuwać je wraz z nerką, nawet w takich przypadkach, jak obecny, gdy chory nie doznaje żadnych dolegliwości, z biegiem czasu bowiem nowotwór stanie się źródłem ciężkich przerzutów; podobny przypadek spostrzegał O. wraz z kol. Flatauem. Chora przybyła z bardzo ciężkiemi zaburzeniami mózgowemi. Okazało się, że przed kilku miesiącami, zaniepokojona obecnością w brzuchu dużego guza, przybyła do Warszawy, gdzie ją namawiano na operacyę. Czując się jednak dobrze, na operację się nie zgodziła. Jak się okazuje, był to nadnerczak lewej nerki, który był powodem następczych przerzutów w mózgu.

(Streścił mówca).

5. *Leśniowski* przedstawił okaz roponercza. Pochodzi on od 26-letniej mężatki, która od dłuższego czasu ma obfite odchody z narządów płciowych, jest bezdzietna. Od pewnego czasu zaczęła doświadczać parcia na mocz, oddawanie moczu było bolesne, mocz mętny. Następnie zjawił się ból w prawym boku, wzmagający się napadowo od czasu do czasu, dreszcze, gorączka (do 40°C.). W chwili przybycia chorej do oddziału była ona znacznie wycieńczona, skóra i śluzówki blade, lekki obrzęk stóp i dolnej $^1/_3$ części goleni. W prawem podżebrzu—duży guz, którego dolna granica—niżej pępka, ku wewnątrz guz prawie dosięga linii pośrodkowej ciała. Mocz mętny, ropiasty. Pęcherz moczowy mocno wrażliwy; oględziny jego wnętrza znacznie utrudnione. Udało się stwierdzić, że śluzówka pęcherza m. mocno nastrzyknięta, owrzodzeń na niej nie znaleziono. Szczególnie mocno nastrzyknięta okolica prawego moczowodu, z którego ujścia wisi sopel ropy. Fotografia rentgenowska kamienia ani w nerce, ani w moczowodzie nie wykazała. Rozpoznano roponercze prawostronne, prawdopodobnie powstałe na drodze wstępującej, pochodzenia rzeżączkowego. Pozostało wykryć stan lewostronnej nerki. L. chciał zcewnikować moczowody. Do prawego moczowodu cewnik wchodził zaledwie na 1,5—2 cm. Ujścia lewego m., pomimo kilkakrotne oględziny, nie mógł znaleźć. Wtedy uciekł się do chromocystoskopii; z pomocą jej udało się stwierdzić, że ujście lewego moczowodu istnieje, że leży ono zupełnie niesymetrycznie, w pobliżu ujścia cewki moczowej. Z ujścia tego jeszcze przed upływem 10 minut wystrzykiwał mocno zabarwiony mocz; z ujścia prawego moczowodu zabar-

wiony mocz nie wystrzykiwał. Było oczywiste, że lewostronna nerka istnieje i że czynność jej nie jest poważnie upośledzona.

Wobec tego L. wykonał pacyentce przed 5 tygodniami operacyę. Cięcie skośne, od 12 żebra do środka więzu Pouparta. Po dojściu do nerki, zaczął ją wyosabniać. Nie odbyło się to łatwo, gdyż nerka była mocno zespolona z otoczeniem. Udało się jednak powoli wyłonić ją nazewnątrz. Przedstawiała ona ogromny guz, dużo większy od głowy noworodka. Trzymała się ona obecnie na zroście, jakim była zespolona jej wewnętrzna powierzchnia z otoczeniem. L. przystąpił do wyszukania i podwiązania naczyń nerkowych; zaczął od przedniej powierzchni. Było to nader trudnem zadaniem, albowiem w tem miejscu zrost nerki z otoczeniem był nadzwyczaj mocny, za pomocą starej, tęgiej tkanki łącznej o spoistości chrząstki. Posuwając się naprzód b. powoli, wyosobnił L. nareszcie z tej tkanki żyłę, grubości wskaziciela, podwiązał i przeciął pomiędzy dwiema podwiązkami. Dalsze poszukiwania naczyń na przedniej powierzchni wnęki nerkowej było bezowocne. Wówczas L. odwrócił guz nerkowy ku wewnątrz w celu wyszukania naczyń na tylnej powierzchni wnęki. Tu manipulując nadzwyczaj ostrożnie, z pomocą noża torując sobie drogę wgłąb wsród jednostajnej tkanki bliznowej, dotarł do żyły głównej wstępującej (v. cava ascend.), z której ścianą guz nerkowy był tu zrośnięty b. ściśle. Powoli udało się oddzielić nerkę od żyły tej, obnażając tę ostatnią na przestrzeni 10—12 cm. Wtedy było widać, jak w miejscu wnęki nerkowej wychodzą z żyły głównej 2 gałęzie grubości ołówka i w odległości 1 mm. od ściany żyły wdrążają w guz nerkowy. Z ogromną trudnością udało się wyosobnić je z masy guza na takiej przestrzeni, że było możliwą rzeczą podwiązać je i ponad podwiązkami odciąć. Innych gałęzi, zdążających od żyły gł. do nerki już nie było widać. Nerka trzymała się obecnie na miedniczce oraz na pasmie, które od górnego odcinka wewnętrznej powierzchni nerki zdążało ku żyle głównej.

L. sądząc, że zupełnie oddzielił nerkę od żyły gł., śmiało przeciął owo pasmo tuż przy nerce. Natychmiast po tem pole operacyjne wypełniło się czarną krwią. L. chciał na razie zamknąć kleszczykami otwór w zranionem naczyniu, lecz z jednej strony miejsce krwawiące leżało b. wysoko, pod żebrami, następnie—ogromny guz nerkowy zasłaniał dostęp. Wobec tego L. z pomocą pasów muślinu ucisnął miejsce krwawiące, na które wywierał mocny ucisk jeden z pomocników, i przystąpił do szybkiego usunięcia nerki. Wyosobnił on ze zrostów miedniczkę i kawałek moczowodu, ten ostatni podwiązał i nerkę odciął. Wtedy zwrócił się do zranionego naczynia. Po usunięciu uciskającego muślinu, w ciągu krótkiej chwili można było widzieć w ścianie żyły głównej okno, które miało obwód, równy obwodowi ołówka. Możliwie szybko nałożył L. na otwór 2 kleszczyków pod kątem; krwawienie ustało. Wtedy nałożył L. podwiązkę ścienną na żyłę z nici jedwabnej. Pozostało usunąć moczowód. Tenże był grubości palca środkowego, twardy, niepodatny, nadzwyczaj mocno zrośnięty z otoczeniem. Za pomocą noża wyosobnił go L. aż do przymacicza. Wobec ciężkiego stanu chorej, L. zaniechał dalszego wyosabniania i tu moczowód pomiędzy 2 podwiązkami odciął. Rana, powstała na skutek zabiegu, była

olbrzymia: od wątroby szerzyła się prawie do dna miednicy małej, ku wewnątrz - dosięgała kręgosłupa. L. włożył worek Mikulicza, górną i dolną $^1/_3$ rany zamknął szwem 3-piętrowym.

Przebieg pooperacyjny pomyślny; obecnie chora prawie zagojona. Czynność drugiej nerki prawidłowa. W przebiegu pooperacyjnym należy zwrócić uwagę na następujące zjawisko. Już nazajutrz po zabiegu mówiła chora, że ją dusi w piersiach i w gardle, a po paru dniach — zaczęła odpluwać krwawą plwocinę. Oczywiście, w miejscu podwiązki na żyle powstał zakrzep, z niego zaś—zatory i zawały w płucach. Jak rozległe były one, nie mógł L. stwierdzić, gdyż obawiał się sadzać lub obracać na boki chorą. Obecnie objawy powyższe zupełnie znikły.

L. umyślnie nieco za szczegółowo opowiedział dany przypadek, bo chodzi mu o zwrócenie uwagi na parę szczegółów. Najpierw tedy zaznacza on, na co zresztą zwracali już uwagę i inni mówcy na posiedzeniach chirurgicznych, że jest b. celowem nie podwiązywać szypuły nerkowej masowo, lecz wyosobniać i podwiązywać każde z naczyń, a przynajmniej każdą z żył nerkowych zosobna. Przypadek niniejszy b. jaskrawo przemawia na korzyść takiego postępowania. Z powyższego widać, jak ściśle i na jak dużej przestrzeni nerka zrosła się ze ścianą żyły gł. ws. Gdyby w przypadku tym L. ujął szypułę guza masowo i odciął, wyciąłby niewątpliwe b. rozległy otwór w żyle. Następnie zwraca L. uwagę na zranienie żyły głównej. Otworu, który był położony b. wysoko w podżebrzu, w odległości 5 cm. ponad żyłami nerkowemi, L. nie kusił się nawet zaszywać, gdyż było to w danym przypadku ze względów technicznych niewykonalne; musiał ograniczyć się do nałożenia podwiązki ściennej. Dla czego powstał tu zakrzep? Dawniej panowało zdanie, że w takich razach musi bezwarunkowo powstać zakrzep. Nowsze badania wykazują, że nie jest to niezbędne. Doświadczenia ze szwem naczyniowym wykazały, że w pewnych razach nawet wówczas, gdy do światła naczynia sterczy nitka, nie dochodzi do zakrzepu. Bliższe badania pozwalają sądzić, że głównie rozstrzyga tu okoliczność, czy zabieg wykonano bezgnilne, czy też dołączyło się zakażenie. Tam, gdzie udało się manipulować aseptycznie, do zakrzepu nie dochodzi. W danym przypadku rana nie była jałową, utworzenie się zakrzepu zatem jest zrozumiałe. Chodzi teraz jeszcze o jedno: czy zakrzep był przyścienny, czy też całkowicie zamykał światło żyły. Odnośne doświadczenia wykazują, że zawiązanie żyły głównej wst. poniżej naczyń nerkowych zazwyczaj nie pociąga za sobą szkodliwych następstw, natomiast zawiązanie powyżej tych naczyń prowadzi do burzliwych objawów ze strony nerek i zazwyczaj — do zejścia śmiertelnego. Ponieważ w podanym przypadku zakrzep mieścił się powyżej naczyń nerkowych, zaburzeń zaś poważniejszych, zależnych od całkowitego zamknięcia światła żyły na tej wysokości, nie wywołał, należy przypuścić, że był on tylko przyścienny.

Przedstawiony okaz, wielkości 2 pięści — była to nerka, opróżniona z zawartej w niej ropy i mocno skurczona od leżenia w roztworze formaliny. Na przekroju podłużnym widać, że składa się ona z kilku dużych

jam o strzępiastych ścianach. Miąższu nerkowego nie widać wcale. Moczowód—grubości palca, twardy, niepodatny.

(Streścił mówca).

Świątecki: kol. Leśniowski postawił poniekąd jako zasadę wyosabnianie naczyń nerkowych w przebiegu odjęcia szypuły guzów nerki. Bezwzględnie ścisłe przestrzeganie tej zasady może niekiedy prowadzić do dość przykrych następstw, jak tego dowodzi następujący przypadek Krajewskiego: gdy, po wyłonieniu dużego guza nerki, uniesiono go ku górze w celu wyszukania naczyń, nastąpił bardzo obfity krwotok wskutek ich pęknięcia. W przypadku dużego guza wskazanem jest niekiedy usunięcie tegoż przez rozkawalenie (par morcellement).

Sławiński zabierając głos w kwestji tworzenia się zakrzepów nie zgadza się z Leśniowskim, by koniecznym warunkiem powstawania zakrzepów było zakażenie. Liczne doświadczenia w szczególności nad zeszywaniem naczyń dowodzą, iż tworzenie się skrzepliny przyściennej jest zjawiskiem, stale towarzyszącem gojeniu się każdego uszkodzenia ściany naczynia krwionośnego nawet w razie bezgnilnego przebiegu. Tworzeniu się zakrzepów sprzyja przenikanie do światła naczyń soków tkankowych — z powyższego względu do nakładania szwu na naczynia wskazanem jest użycie jaknajcieńszych igieł i nitek, które należy przepajać waseliną lub tłuszczem.

Lorentowicz: czynnikiem niepośledniej wagi w tworzeniu się zakrzepów jest stan działalności serca; jej osłabienie, pochodzenia najczęściej toksycznego, sprzyja w znacznej mierze krzepnięciu krwi.

6. *Mincer* pokazuje 2 przypadki gruźlicy nerek, ciekawe pod względem anatomo-patologicznym, przedstawiają bowiem całą gamę charakterystycznych dla gruźlicy zmian, poczynając od gruzełka aż do jamy gruźliczej większej, niż włoski orzech.

Obydwa przypadki dotyczą dwóch młodych ludzi, 30 i 25-letniego.

Parokrotne bakteryologiczne badania moczu jak w jednym, tak i w drugim przypadku wykazały pałeczki nieodbarwiające się ani w kwasach, ani w alkoholu, ani w alkaliach, charakterystyczne, przeważnie w skupieniach.

W żadnym z powyższych przypadków cewnikowanie moczowodów zdrowych nerek dokonanem nie było, a to dla tego, że obydwaj chorzy mieli pęcherze bardzo wrażliwe, krwawiące, z owrzodzeniami śluzówki; pojemność pęcherzy była bardzo nieznaczna — zaledwie kilka $ctm.^3$ Prócz tego jeden z chorych miewał częste wstrząsające dreszcze, a ciepłota ciała sięgała prawie 40 stopni, co Mincer uważa za bezwarunkowe przeciwwskazanie do cewnikowania.

O dostatecznej sprawności drugich nerek Mincer przekonał się za pomocą klinicznej obserwacyi chorych oraz barwnych prób, dokonanych przy uśpieniu chloroformowem przed samą operacyą chorych.

Do podwiązywania naczyń przy usuwaniu chorej nerki Mincer nie radzi używać grubych strunowych nitek w obawie, aby nie zsunęły się, jak to miało miejsce w jednym z jego przypadków, w którym szczęśliwie dużej utraty krwi nie było, gdyż żyły pochwycono szybko i ponownie podwiązano.

Przebieg pooperacyjny jednego przypadku Mincer uważa za pomyślny,

gdyż chory jest już parę tygodni po zabiegu i poprawił się znacznie, a ranę ma zagojoną; o drugim przypadku nic powiedzieć nie można, gdyż operacya dokonaną była dopiero wczoraj.

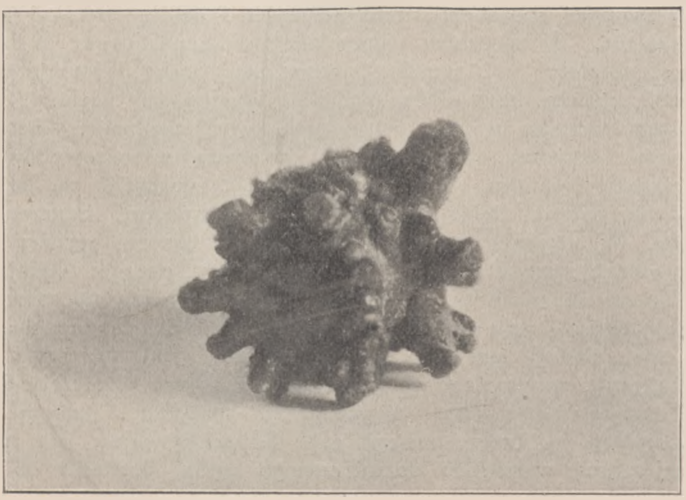
(Streścił autor).

Kiełkiewicz ma wrażenie, że M. przystąpił do usunięcia chorej nerki bez dostatecznego zbadania uprzedniego drugiej nerki pod względem czynnościowym. Zdolność wydzielnicza obu nerek w razie jednoczesnego ich cierpienia może być wystarczającą dla podtrzymania życia ustroju. W razie usunięcia jednej z nich, pozostała nerka może nie podołać zadaniu. Z tego względu zabieg jest przeciwwskazany w razie stwierdzonego schorzenia obu nerek. K. zapytuje, dlaczego M. nie cewnikował moczowodów.

Mincer przyznaje słuszność zarzutom Kiełkiewicza i wyjaśnia, iż ze względu na ciężki stan chorych nie mógł zwlekać z zabiegiem, tracąc czas na dokładne badanie; cewnikowania moczowodów obawiałby się ze względu na możność zakażenia zdrowej nerki. Obaw tych nie podzielają Kiełkiewicz i Oderfeld. Ten ostatni powołuje się na pogląd klinicysty tej miary, co Rovsing, który więcej niż w stu przypadkach gruźlicy cewnikował moczowody i nie widział stąd złych następstw.

Stankiewicz Wł. przypomina spostrzeżenie gruźlicy nerek, gdzie badanie było niemożliwe z powodu małej pojemności i wrażliwości pęcherza. Usunięta chora nerka była całkowicie prawie zniszczona przez sprawę gruźliczą — pozostawał jedynie wązki pasek zdrowego miąższu. Operowana wkrótce zmarła w objawach bezmoczu. Badanie pośmiertne wykazało, że pozostała nerka uległa całkowicie zwyrodnieniu tłuszczowemu. Przypadek powyższy dowodzi, jak mała ilość zdrowej istoty nerkowej zdolna jest podtrzymać życie ustroju. Ilość dobowa moczu w danym przypadku sięgała 800 ctm.

7. *Mincer* pokazał 3 kamienie pęcherzowe, usunięte przez niego za pomocą cięcia nadłonowego.



Pierwszy z nich wagi 68 grm., długości 8 ctm., grubości 5 ctm. i szerokości 2.5 ctm. z licznymi na swej powierzchni ostrymi wyrostkami, powodował u chorego częściowe zatrzymanie moczu bez krwiomoczu.

Drugi, mniejszy, sękowaty, podobny do sosnowej szyszki (patrz Rys.) okaz pod względem formy b. rzadki, także nie dawał nigdy krwiomoczu, lecz powodował silny wysięk śluzo-ropny z cewki; wreszcie trzeci, wielkości laskowego orzecha, bywał przyczyną dość częstego, niekiedy bardzo obfitego krwiomoczu.

(Streścił autor).

8. *Judt* mówił o rentgenografii guzów złośliwych kości, ilustrując przemówienie pokazem 40 zdjęć. Praca ta drukowana była w „Przeglądzie chirurgicznym i ginekologicznym".

P. HINCZ.

Posiedzenie dnia 11 listopada 1909 r.

1. *Stankiewicz Cz.* Przedstawienie chorej, operowanej z powodu wynicowania pęcherza moczowego.
2. *Krauze* Przypadek przecięcia i zeszycia nerwu pośrodkowego.
3. *Tenże.* Przypadek wycięcia odźwiernika z powodu guza rakowego.
4. *Wertheim.* Przyczynek do powikłań po wywierceniu wyrostka sutkowego.
5. *Leśniowski.* O torbielach zębowych.
6. *Glücksman.* Pokaz cystoskopu moczowodowego.

1. *Stankiewicz Czesław.* Pokaz chorej operowanej z powodu wynicowania pęcherza moczowego. W przypadku, przedstawionym na posiedzeniu Sekcyi Chirurgicznej d. 10.XII.08, S. wykonał wszczepienie obydwóch moczowodów wraz z otaczającą ścianą pęcherzową do wyłączonego odcinka okrężnicy esowatej, sposobem Boreliusa-Maydla. Przebieg operacyi (20.III.09) był następujący. W znieczuleniu skopolaminowo-morfinowem (2 dawki po po 0,003 skopolaminy i 0,01 morfiny) przepłukano kiszkę fizyologicznym roztworem soli, póczem umyto skórę, otaczającą wynicowany pęcherz, benzyną, posmarowano nalewką jodową i przykryto warstwą gaudaniny; śluzówkę pęcherza zmyto roztworem kwasu bornego i włożono do moczowodów cewniki na głębokość 7—8 ctm. Gdy mocz zastoinowy wydzielił się całkowicie, wprowadzono cewniki głębiej, na 14—15 ctm. i rozpoczęto odurzenie chloroformowe. W uśpieniu zajodynowano brzegi bliznowe pęcherza mocz., śluzówkę obmyto roztworem 1 : 1000 azotanu srebra, poczem cewniki zatkano i wykonano cięcie okrężne, wzdłuż brzegów pęcherza moczowego. Do cięcia tego dodano drugie prostopadłe, na linii pośrodkowej brzucha, długości 2—3 ctm; cięciem tem otwarto jamę brzuszną, jelita przykryto serwetkami. Następnie przystąpiono do wydzielenia pęcherza z otaczającej ściany brzusznej nożem i nożyczkami, co naogół było niełatwe z powodu tkanek zbliznowaciałych i obfitego unaczynienia. Ściana pęcherza jest zgrubiała i w górnej części, w miejscu domniemanego pępka, dochodzi do $^3/_4$ ctm.

grubości. Pęcherz od pochwy zaczęto oddzielać na tępo, oryentując się dwoma palcami, wprowadzonymi do jamy brzusznej, co do przebiegu cewników, wzgl. położenia moczowodów. I tu jednak wielokrotnie należało uciec się do pomocy narzędzi ostrych, by wydzielić trójkąt pęcherzowy i moczowody. Moczowody nie zostały obnażone, lecz wyosobnione wraz z tkanką luźną otaczającą tak, iż przebieg ich był widoczny na przestrzeni 4 ctm. Uruchomiony w ten sposób pęcherz moczowy przez wycięcie części zbywającej zmniejszono o tyle, że wokoło ujścia moczowodów pozostał pas ściany pęcherzowej szerokości $1-1^1/_4$ ctm.; części pozostałej nadano postać poprzecznego owalu i zawinięto ją w serwetkę wyjałowioną.

Cięcie pośrodkowe przedłużono do 8 — 10 ctm., poczem stwierdzono, iż okrężnica esowata jest w danym przypadku względnie nie długa, bo zaledwie około 40 ctm. Po zmiażdżeniu kiszki zaciskadłami Doyena w dwóch miejscach, odległych od siebie o 1 ctm., podwiązano ją i przecięto pomiędzy podwiązkami. Wyzierającą śluzówkę wycięto. Koniec górnego odcinka zapochwiono dwupiętrowym szwem kapciuchowym: koniec odcinka dolnego, jak się okazało, niedość dobrze zamknięty, zeszyto typowo w dwa piętra (surjet total, surjet séro-musculeux). By uruchomić odcinki kiszki, przecięto krezkę ku jej podstawie na przestrzeni 4 ctm.; naczynia podwiązano cienką struną.

Następnie wykonano typowe, obszerne (przecięcie kiszki podłużne na przestrzeni 7 ctm.) boczne połączenie obydwóch odcinków okrężnicy esowatej, zeszywając odcinek górny doprowadzający z podstawą dolnego odprowadzającego, tak, iż pozostał wyłączony, ponad miejscem zespolenia, odcinek kiszki długości 8 ctm. Szew kiszki dwupiętrowy, ciągły, przerywany co 3—4 wkłucia, jedwabny; w kilku miejscach wzmocniony przez szwy dodatkowe.

Trzeci i ostatni akt operacyi polegał na wszyciu trójkąta pęcherzowego do wyłączonego odcinka okrężnicy esowatej. W tym celu nacięto kiszkę podłużnie, poczynając o 1 ctm. niżej od ślepego jej końca, w sposób taki, iż otwór w kiszce, rozciągnięty w kierunku poprzecznym, odpowiadał mniej więcej wielkości pozostałej ściany pęcherza moczowego. Pęcherz i kiszkę zeszyto szwem jedwabnym, ciągłym, dwupiętrowym: piętro pierwsze poprzez wszystkie warstwy wraz z otrzewną, drugie piętro—szwy otrzewnowo-mięśniowe. Przed zakończeniem pierwszego piętra szwu wyjęto cewniki, po uprzedniem wypuszczeniu zebranego w miedniczkach i moczowodach moczu.

Po oczyszczeniu jamy Douglasa od skrzepów (macica, jajowody, jajniki rozwinięte prawidłowo), wprowadzono do jamy brzusznej paski gazy wyjałowionej, wokoło miejsca wszczepienia pęcherza do kiszki. Ranę brzuszną pośrodkową zamknięto szwem szrederowskim, jedwabnym. Opatrunek wyjałowiony z gazy i waty.

Przebieg odurzenia niepowikłany. Trwanie zabiegu $4\frac{1}{2}$ godziny. Tętno po operacyi 84, pełne. Do odbytnicy wprowadzono na 10 ctm. sączek gumowy. Do 10 godziny wieczorem mocz nie wydziela się, poczem zaczyna odchodzić obficie, do trzeciego dnia krwawo zabarwiony. Sączek usunięto piątego dnia po operacyi. Po wyjęciu tegoż oddaje mocz co 5—10—15 mi-

nut. Stolce papkowate czwartego dnia wieczorem; piątego dnia znów obfite wypróżnienie.

Piątego dnia wyjęto paski, włożone do jamy brzusznej; u dolnego końca zeszytej rany brzusznej widać część sieci, zespolonej z brzegami rany. Ciepłota do czwartego dnia nie podniesiona, następnie kilkakrotne wahanie wieczorne do 38,1 — 38.2. Tętno nie przekroczyło ani razu liczby 88 — 92. W ciągu paru pierwszych dni wymioty.

8-go dnia po operacyi opatrunek brzuszny przemoczony cieczą wodnistą (moczem?); wyjęto szwy brzuszne — rychłozrost.

9-go dnia mocz nie odchodzi przez odbyt. Opatrunek brzuszny przemoczony. Podczas zmiany opatrunku z rany odchodzą wiatry, aczkolwiek miejsca, z którego odchodzą, nie widać.

Następnego dnia widać dokładnie mocz, wydzielający się z górnej części rany. Miejsce, z którego wypływa mocz, sinawo zabarwione, bez wyraźnego otworku. W miejscu tem wytworzyła się stopniowo przetoka kiszkowa, przez którą odchodzą gazy. Masy kałowe nie przedostają się tędy, od czasu do czasu widać tylko ciała lekkie, jak np. pestki od pomarańczy, wypływające na powierzchnię moczu, zebranego w kiszce.

Przez otwór przetoki wynicowuje się nazewnątrz część śluzówki kiszkowej. Po zastosowaniu opatrunku uciskowego, mocz zaczyna odchodzić przez odbyt. Odbytnica szybko przystosowała się do nowych warunków: po upływie miesiąca chora oddaje mocz co pół godziny, a w dwa miesiące od operacyi co 1—2 godziny w ciągu dnia, 2 do 3 razy w ciągu nocy.

Latem roku bieżącego 1909 wystąpiły objawy, wskazujące na zajęcie miedniczki nerkowej prawej.

Obecnie w miejscu operacyi istnieje przetoka kiszkowa, 1 ctm. długości, ½ ctm. szerokości; naprawo i ku dołowi od niej druga, przepuszczająca cienki zgłębnik. Wobec opatrunku uciskającego mocz całkowicie odchodzi przez odbytnicę, której zwieracz działa bez zarzutu. Niekiedy część moczu wydziela się górą. Chora jest zadowolona z wyniku operacyi, wobec jednak konieczności codziennych opatrunków S. zamierza niebawem przystąpić do zaszycia przetoki kiszkowej.

(Streścił mówca).

Kryński zaznacza, że St. użył w swym przypadku metody operacyjnej, ogólnie uznanej obecnie za najlepszą. Pomysł Maydla doczekał się w roku bieżącym jubileuszu setnego przypadku swego zastosowania. Przypadek wspomniany został ogłoszony przez Jelinka. Z przemówienia St. zastanawia najbardziej mówcę szczegół, rzucający światło na wartość poprawki Boreliusa, mianowicie przedostawanie się cząstek kału do pętli jelita, tworzącego zbiornik dla moczu. Wspomniane zjawisko dowodzi, że odmiana Boreliusa nie osiąga zamierzonego celu, nie chroni mianowicie wylotów moczowodów od zetknięcia się z kałem, względnie nie zabezpiecza dróg moczowych od zakażenia wstępującego. Wobec tego, jeśli porównać rozmiary i ciężkość zabiegów Maydla i Maydla—Boreliusa, należy niewątpliwie w wyborze metody operacyjnej oddać pierwszeństwo sposobowi Maydla bez wspomnianej poprawki.

Grosglik: wartość zabiegu operacyjnego mierzy się przedewszystkiem

zyskiem, jaki choremu przynosi. Nie przesądzając ostatecznego wyniku dalszych zabiegów, jakie zamierza prawdopodobnie stosować St. w danym przypadku, w chwili obecnej korzyść otrzymana przez chorą po przebyciu nader ciężkiej operacyi jest raczej ujemna: na brzuchu chorej obecnie, tak jak i w chwili przedstawienia jej przed kilkoma miesiącami, znajduje się guz, pokryty śluzówką, wydzielający mocz, przyłączyło się prócz tego prawostronne zapalenie miedniczki nerkowej. Metoda Maydla, aczkolwiek pomysłowa, nie usprawiedliwia w praktyce ogólnego uznania, jakim się cieszy. Nierównie wyżej stoi niesłusznie potępiana metoda płatowa, jak tego dowodzi choćby przypadek Krajewskiego, przedstawiany przez G. na posiedzeniu chirurgicznem przed dwoma laty. G. pokazywał wówczas usunięty przez skruszenie kamień, który powstał w plastycznie wytworzonym pęcherzu wkoło wrastających do niego włosów. Więcej kamieni, wbrew oczekiwaniu, od tego czasu się nie tworzy, pęcherz trzyma mocz doskonale, prącie jest b. dobrze ukształtowane.

Kryński i Leśniowski nie godzą się z Grosglikiem w poglądzie na metody płatowe: są one słusznie zarzucone przedewszystkiem ze względu na wadę zasadniczą, jaką posiadają wszystkie wytworzone plastycznie pęcherze— nie trzymają moczu skutkiem braku zwieracza.

Przypadek, na którym opiera swe twierdzenie G., stanowi interesujący wyjątek, nie upoważniający jednak bynajmniej do tak daleko idącego wnioskowania.

Leśniowski: niepowodzenia w przypadku przedstawionym można było prawdopodobnie uniknąć w razie wykonania operacyi dwuczasowo. Należało początkowo wytworzyć z odcinka esicy w sposób wiadomy zbiornik dla moczu, następnie dopiero wszczepić moczowody do uchyłka już zagojonego.

Sławiński: z odmian sposobu Maydla zasługują na polecenie mniej złożone i w wykonaniu prostsze. Do takich należy wytworzenie zbiornika dla moczu przez wyosobnienie odcinka esicy za pomocą zwykłego bocznego jej zespolenia. Racyonalnym jest również sposób Subotina, w którym kanał do odpływu moczu wytwarza się kosztem ściany odbytnicy, a więc całkowicie odosabnia się kiszkę od dróg moczowych.

Stankiewicz Wł. podziela pogląd poprzednich mówców na wartość metody płatowej i wylicza szereg dolegliwości, na jakie narażeni są chorzy z powodu małej pojemności plastycznie wytworzonego pęcherza, nietrzymania moczu, powstawania kamieni i t. p.

Sawicki: w wyborze postępowania operacyjnego kierować się należy właściwościami danego przypadku, przedewszystkiem zaś stopniem wynicowania pęcherza. W razie wynicowania niezupełnego (fissura vesicae) cel zamierzony osiągnąć można, stosując jeden ze sposobów płatowych. W dużem rozstępie spojenia łonowego i całkowitem wynicowaniu tylnej ściany pęcherza wskazane jest bezwarunkowo przeszczepienie trójkątu pęcherzowego do kiszki. Trudno obecnie jest orzec, która z dość już licznych odmian sposobu Maydla zasługuje na wyróżnienie. Przed kilkoma miesiącami, gdy St. przedstawiał swą chorą po raz pierwszy, zalecał S. odmianę, zastosowaną przez Berga, który łączy pomysł Rutkowskiego ze sposobem Maydla:

wycina mianowicie pętlę jelita cienkiego i jeden jej koniec wpuszcza do esicy, drugi zaś łączy z moczowodami. S. operował raz jeden według tego sposobu, jednak bez powodzenia, miał natomiast możność stwierdzić, na co już zwrócił uwagę Kryński, że kał przedostawał się do odcinka jelita, przeznaczonego na zbiornik moczu, nie bacząc na to, że jelito zostało wszyte do esicy na sposób Witzela.

Wobec tego S. wolałby obecnie mniej złożony zabieg, np. sposób, zalecany przez Sławińskiego.

Stankiewicz Cz., odpowiadając Grosglikowi, nie sądzi, by ten ostatni miał słuszność, twierdząc, że chora nic na zabiegu nie zyskała i stan jej jest obecnie gorszy, niż był przed operacyą. Nie może się St. zgodzić, by wydzielająca mocz przetoka kiszkowa niczem nie różniła się od wynicowanej całkowicie ściany pęcherza.

Wynik zabiegu, aczkolwiek nie zupełnie pomyślny, jest bądź co bądź dodatni, gdyż trójkąt pęcherzowy wszczepiony jest do esicy, przetokę zaś uda się chyba zamknąć bez zbytnich wysiłków.

Z Kryńskim i Sawickim co do poglądu na wartość praktyczną poprawki Boreliusa zgadza się St. w zupełności.

2. *Krauze* przedstawia chorego i omawia przypadek następujący:

Chory 21 let. przed 6 tygodniami przeciął sobie szkłem przedramię prawe w dolnej części na przedniej powierzchni. Rana była dość głęboka i po pewnym czasie zagoiła się. Ponieważ chory ruszać palcami nie mógł, zgłosił się do Kr. o pomoc.

Badając, znalazł: na przedniej powierzchni dolnej części przedramienia prawego, nieco wyżej stawu promieniowo-nadgarstkowego, znajduje się poprzeczna blizna, zrośnięta z głębszą warstwą. Zginać 4 palców chory nie może. Czucie w obrębie nerwu środkowego zmienione zupełnie. Rozpoznawszy przecięcie nerwu środkowego oraz niektórych ścięgien zginaczy, K. skierował chorego do szpitala w celu poddania go operacyi.

Operacyę wykonał dnia 25 czerwca 1909 r. w uśpieniu chloroformowem cięciem podłużnem i obnażył mięśnie przedramienia. Okazało się, że nerw środkowy w dolnej części był przecięty, a końce jego zrośnięte były z blizną głęboką. Również przecięte były ścięgna m. flexoris carpi rad., palmaris longi i flexoris digitorum communis subtilis. Wszystkie końce ścięgien zrośnięte były z blizną. Po odosobnieniu nerwu i obcięciu końców, przedstawiających się jako blizna, połączono oba końce za pomocą szwu. Aby szew nerwu nie przyrósł do tkanek sąsiednich, K. wyciął około 8 cm. z żyły przyprętowej (v. basilica), którą rozciął wzdłuż i ułożył ją wężykowato naokoło szwu. Następnie wykonał wytwórczą operacyę zeszycia ścięgien wyżej podanych mięśni.

Na ranę skóry nałożył szew, a w dolny otwór wprowadził pasek z gazy wyjałowionej. Po kilku dniach usunięto szwy, rana zagojona przez rychłozrost, a dolna część rany, gdzie znajdował się pasek z gazy, również wkrótce się zagoiła.

Już po kilku dniach chory zaczął poruszać palcami, a w dniu wypisania ze szpitala, dnia 16 lipca, stwierdzono, że chory zgina palce dobrze we

wszystkich stawach, lecz jeszcze w pięść jej złożyć nie może; czucie słabe w dużym i 4 palcu, w 2 i 3 brak czucia zupełny.

Obecnie zgina dobrze palce we wszystkich stawach, czucie wróciło, lecz jeszcze słabe w 3-im członku 2-go i 3-go palca.

(Streścił mówca).

3. *Krauze* pokazał chorą po wycięciu odźwiernika z powodu raka i powiedział, co następuje.

Z wywiadów, zebranych w oddziale wewnętrznym, dowiadujemy się, że chora 32 letnia od 5 miesięcy cierpi na dolegliwości żołądkowe: wymioty, odbijania, brak apetytu, a w ostatnich czasach pojawiły się wymioty krwawe, niekiedy także krew pokazuje się i w wypróżnieniach. Chora znacznie schudła, przez ten czas straciła około 80 funtów wagi. Z żołądka wydobyto naczczo około 450 cen. sześć. zawartości koloru krwawego bez śladu wolnego kw. solnego, pod drobnowidzem znaleziono: sarcinam, czerwone ciałka krwi, drożdże i krochmal. Po próbnem śniadaniu również w zawartości nie znaleziono wolnego kw. solnego; pod drobnowidzem znaleziono: krochmal, drożdże i resztki bułki. Chora licho odżywiona, w płucach i sercu nic nieprawidłowego. Brzuch miękki, w górnej części wyczuwa się guz twardy, ruchomy; żołądek rozszerzony, w czasie uderzania słychać pluskanie wyraźne. Przez kilka dni następne wciąż występują wymioty, chora coraz słabsza. Po rozpoznaniu raka odźwiernika zaproponowano chorej operacyę, na którą się zgodziła. Operacyę wykonał K. dnia 9 lipca 1909 r. w uśpieniu chloroformowem. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że ma się do czynienia z guzem odźwiernika ruchomym bez zrostów, gruczoły nie zajęte. Wobec tego wycięto cały odźwiernik i 8—10 cm. żołądka po za granice guza. Otwory w żołądku i dwunastnicy zaszyto zupełnie i zrobiono gastroenterostomiam antecolicam.

Chora po operacyi miała się dobrze i dopiero 10-go dnia z górnej części rany pokazało się nieco gęstego płynu; utworzyła się przetoka, która wkrótce zagoiła się. Pacyentka wypisana ze szpitala w stanie dobrym. Guz zajmuje przeważnie błonę śluzową odźwiernika i wywołuje bardzo znaczne zwężenie.

Badanie drobnowidzowe wykazuje budowę raka.

(Streścił mówca).

4. *Wertheim* przedstawił chorego, u którego przed 6 tyg. wykonał wywiercenie wyrostka sutkowego, z powodu ropienia jamy sutkowej w następstwie zapalenia ucha średniego. Podczas operacyi pokazało się, że jama sutkowa i komórki przyległe zawierają niewiele rzadkiej ropy. Dopiero na wierzchołku wyrostka natrafiono na duże zbiorowisko gęstej ropy. Wierzchołek cały, jako martwak, usunięto z ropnia, który zajmował też część przestrzeni poza mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym.

Do ucha średniego nie docierano, tylny przewód słuchowy kostny pozostał nienaruszony. Nazajutrz po operacyi wystąpiły objawy bezwładu nerwu twarzowego na stronie operowanej; objawy te wszakże bardzo szybko ustąpiły, tak że w chwili przedstawienia chorego pozostały zaledwie ślady porażenia.

Zdaniem W. przyczynę bezwładu upatrywać należy w urazowem

uszkodzeniu nerwu, po wyjściu z otworu rylcowo-sutkowego, które nastąpiło podczas wyważania oddzielonego od części zdrowych wierzchołka wyrostka.

(Streścił mówca).

5. *Leśniowski* wypowiedział odczyt „O torbielach zębowych", który zamieszczony będzie w „Przeglądzie chirurgicznym i ginekologicznym".

6. *Glücksman* pokazał nowy cystoskop moczowodowy.

P. HINCZ.

POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 25 czerwca 1909 r.

Monsiorski przedstawił chorą, której wyciął raka na kroczu i na dużej lewej wardze sromnej, oraz wyłuszczył gruczoły pachwinowe lewe. Blizny są zupełnie czyste, żadnych podejrzanych stwardnień na miejscach operowanych niema. Natomiast gruczoły pachwinowe prawe, które podczas pobytu chorej w szpitalu wydawały się zupełnie prawidtowymi, obecnie są bardzo powiększone. Mons. bierze chorą powtórnie do szpitala w celu wyłuszczenia gruczołów pachwinowych prawych.

Kryński przedstawił okaz włókniako-mięśniaka macicy wielkości głowy dorosłego człowieka, operowany przed 3-ma miesiącami u panny 40-letniej. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na niezwykłe stosunki anatomiczne. Nowotwór na szypułce wychodzil z prawego rogu macicy, tuż obok ujścia jajowodu; wzrastając, pociągał on za sobą macicę ku przodowi i na lewo, obracając ją dokoła osi pionowej prawie na 180° tak, że jej powierzchnia tylna zwróciła się ku przodowi, przednia zaś ku tyłowi, guz z jajowodem prawym znalazł się po stronie lewej, jajowód zaś lewy — na prawej. Nadto sam guz dokonał całkowitego obrotu własnego, skręcając mocno swą szypułę. Następstwem obydwóch tych skrętów były znaczne zaburzenia w odżywianiu zarówno w tkance samego nowotworu, jak i w ścianie macicy, w prawej jej połowie. Wskutek tego po odcięciu guza wraz z szypułą musiał Kryński, ze względu na zmiany w mięśniu macicy, wyciąć klinowato znaczną część jej prawej połowy, poczem brzegi rany zeszył szwem węzełkowym. Pozostała po zeszyciu część macicy przybrała kształt stożka o podstawie, zwróconej ku dołowi.

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny; chora w 2½ tygodnia po operacyi pojechała do domu.

Lebensbaum przedstawił wzierniki Neugebauera sześciokrotnie większe od zwykłych. Wykonane one zostały przez jedną z tutejszych fabryk podług wymiarów, dostarczonych przez jednego z lekarzy warszawskich, a zastosowanych do pewnej pacyentki z niezmiernie rozwiniętą tkanką tłuszczową ud, cierpiącej na obfite krwotoki z macicy. Wzierniki te miały być zastosowane do operacyi wyłyżeczkowania macicy u wspomnianej chorej. Pacyentka, ujrzawszy owe monstrualne wzierniki, wyrzekła się zabiegu.

Neugebauer zdał sprawę z przypadku poronienia, sztucznie przez niego wywołanego wobec wskazania niezwykłego. Neugebauer wraz z Boryssowiczem został wezwany przez Cykowskiego dla narady wspólnej do niezamężnej 26-letniej pacyentki o zwężeniu miednicy drugiego stopnia oraz dystrophia musculorum progressiva. Neugebauer daremnie szukał w kazuistyce wszechświatowej przypadku podobnego i wobec dystrophiae musculorum zdecydował się na przerwanie ciąży. Rzadkość spostrzeżenia polega na tem, że osoba dotknięta nietylko ułomnością, ale i takiem kalectwem, wywołanem przez cierpienie ustroju mięśniowego, mogła być zapłodniona. Neugebauer przerwał ciążę w czwartym miesiącu z pomyślnem zejściem. Z poronieniem załatwił się à deux temps, przyczem, jak zwykle, występowało podniesienie ciepłoty ciała z powodu obumarcia płodu chwilowe, gorączka sapremiczna.

Neugebauer zwykłe w przypadkach poronienia sztucznego ze wskazań lekarskich wzywa na naradę specyalistę w danej kwestyi, o ile chodzi o chorobę płuc, serca, nerek, chorobę umysłową etc. W jednym przypadku u umysłowo chorej pacyentki osobiście był za wywołaniem poronienia, odstąpił jednak od swego zamiaru wbrew przekonaniu osobistemu wobec odmiennego zdania specyalisty psychiatry. Neugebauer w praktyce od roku 1884 do r. 1909 tylko 15 razy widział się zmuszonym do sztucznego przerwania ciąży: I raz wskutek wrzodu żołądka, cztery razy wskutek wady serca, dwa razy wskutek gruźlicy płuc, dwa razy wskutek zapalenia nerek, jeden raz w drgawkach w czwartym miesiącu ciąży, cztery razy wskutek hyperemeseos gravidarum po wyczerpaniu wszelkiej terapii wyczekującej, jeden raz wskutek dystrophiae musculorum progressivae. Neugebauer pomimo wywołania sztucznego poronienia dwie chore stracił. Jedna z nich przy hyperemesis gravidarum zmarła ex inanitione — interwencya była za późną, druga chora zmarła wskutek drgawek w czwartym miesiącu ciąży w cztery dni po poronieniu sztucznem, po 33 napadach eklamptycznych, nie odzyskawszy przytomności.

Co do metodyki i techniki wywołania poronienia sztucznego Neugebauer w zupełności podziela poglądy Fritscha i zasadę postępowania à deux temps, unikając załatwienia całej sprawy na jednem posiedzeniu. Lekarz powinien starać się o wywołanie obumarcia płodu, pozostawiając resztę, o ile można, siłom natury, a gdy one nie starczą, traktując sprawę w następstwie jak zwyczajne poronienie niezupełne.

W rozprawach Zaborowski podaje, iż do 2-u miesięcy ciąży jest za opróżnieniem macicy na jednem posiedzeniu, po 2-u zaś miesiącach ciąży rozpoczyna od wprowadzenia do macicy pęcherza rozszerzającego.

Na postawione przez Zabor. pytanie, co robić, gdy mamy wskazanie do natychmiastowego opróżnienia macicy, np. w miesiącu V, bólów zaś zupełnie niema, Cykowski zaznacza, iż w tych razach po mechanicznem rozszerzeniu szyi macicy do odpowiedniej szerokości wystarczy sprowadzić nóżkę płodu do pochwy i stopniowo, wolno płód wydobyć.

A. Winawer opisał przypadek cięcia cesarskiego, dokonanego z powodu rzadkiego wskazania.

Chora C. R., lat 32, z Tarnogrodu, w dzieciństwie nie chorowała; miesiączkę miewała co 26 dni po 4—5 dni, prawidłową; wyszła za mąż w 22 r.

życia i odbyła pięć porodów na czasie. Płody jednak rodziły się nieżywe, pomimo, że chora, zarówno jak i mąż jej, byli zdrowi. Przebieg ciąży i porodów przedstawia się w sposób następujący:

Pierwsza ciąża nastąpiła wkrótce po wyjściu za mąż chorej i miała przebieg prawidłowy. Chora wyraźnie czuła ruchy płodu. Przed rozwiązaniem zjawiło się niewielkie krwawienie z macicy i odeszły wody płodowe. Przebieg porodu był prawidłowy, poród trwał 18 godzin; położenie płodu czaszkowe. Urodził się płód donoszony, martwy. Łożysko odeszło samo. Przebieg połogu prawidłowy.

Druga ciąża nastąpiła wkrótce po porodzie i miała przebieg również prawidłowy. Chora podczas ciąży i porodu czuła ruchy płodu. Poród na czasie, prawidłowy, trwał 16 godzin, położenie płodu czaszkowe. Urodził się płód martwy. Przebieg połogu pomyslny.

Trzecia ciąża przebiegała także prawidłowo. Chora czuła ruchy płodu podczas ciąży i porodu. W końcu porodu, w celu szybszego ukończenia, mając na względzie wydobycie płodu żywego, nałożono kleszcze, wydobyto jednak płód nieżywy. Przebieg połogu prawidłowy.

Podczas czwartej ciąży, prawidłowej, chora czuła ruchy płodu przez cały czas ciąży i porodu. Poród na czasie, trwał 18 godzin, położenie płodu pośladkowe. Wydobyto płód nieżywy. Przebieg połogu prawidłowy.

Piąta ciąża przebiegała tak, jak poprzednie, zupełnie prawidłowo. Chora czuła ruchy płodu podczas ciąży i porodu. W celu zapewnienia sobie płodu żywego chora w końcu ciąży udała się do Wiednia, do kliniki prof. Chrobaka. Tu stwierdzono, iż płód żyje i na 3—5 dni przed terminem rozwiązania wywołano poród sztuką. Poród trwał 16 godzin, położenie płodu czaszkowe. Urodził się płód donoszony, nieżywy.

Obecnie chora zgłosiła się do Winawera w dziewiątym miesiącu ciąży, w końcu maja r. b. i żąda kategorycznie zarówno ona, jak i jej mąż, by im ocalić przynajmniej to szóste dziecko.

Badanie, wespół z Kolińskim dokonane, wykazało: ciężarna jest wzrostu średniego, budowy prawidłowej. Ciąża przebiega prawidłowo, położenie płodu czaszkowe pierwsze, główka nieustalona. Tętno płodu 140. Wymiary miednicy: DS. 25, DC. 27, C. ext. 19½. Badanie wewnętrzne zmian wybitnych nie wykryło, jama miednicy zupełnie pojemna, wzgórek dwoma palcami dosięgnąć się nie daje.

Winawer zaproponował chorej cięcie cesarskie, jako jedyny pewny sposób ocalenia płodu, na co rodzice chętnie zgodzili się.

W dniu 11 czerwca r. b., na trzy dni przed terminem rozwiązania, dokonał na ciężarnej cięcia cesarskiego, sposobem zachowawczym Saengera, z łaskawą pomocą Boryssowicza, Finkelkrauta i Kolińskiego.

Po przecięciu ściany brzucha wykonał Win. cięcie podłużne ściany przedniej macicy i wydobył płód żywy, który zaraz zaczął krzyczeć. Po oddzieleniu wraz z błonami łożyska, przyczepionego do tylnej ściany macicy, W. zaszył ścianę macicy szwem trzypiętrowym, ze struny jodowej. Ścianę brzucha zaszył również szwem trzypiętrowym: ze struny jodowej i silku. Przebieg połogu był zupełnie prawidłowy; szwy ze ściany brzucha usunięto dnia ósmego — rychłozrost na całej przestrzeni. Położnica sama karmi. Po

trzech tygodniach pacyentka opuściła zakład, jako zupełnie zdrowa, z dzieckiem żywem.

Płód, płci żeńskiej, 50 ctm. długości, wagi 3400 grm., zbudowany prawidłowo. Atoli Win. stwierdził, iż ciemię przednie było dość duże i że od jego kąta przedniego przebiega szew czołowy w postaci szerokiej szczeliny jako niezarośnięty w całej swej długości.

W dyskusyi Cykowski zaznacza, iż z odnośnych danych, przez Winawera przedstawionych, nie sposób doszukać się przyczyny rodzenia się płodów nieżywych, skoro miednica była prawidłową, wielkość zaś i ułożenie płodów, oraz szczegóły przebiegu porodów w zasadzie nie przedstawiały nic szczególnego. Wogóle cały przypadek dla Cykowskiego przedstawia sie niejasno. Zasadniczo Cykowski mniema, iż w danym przypadku, być może, mamy do czynienia najprawdopodobniej z ukrytym syfilisem, na skutek którego płody zamierały w ostatnich tygodniach ciąży.

Lebensbaum oświadcza, iż, o ile mógł wyrozumieć, Winawerowi chodzi o rozszerzenie istniejących dotąd wskazań do cesarskiego cięcia odnośnie i takich przypadków, w których porody odbywały się na czas, gdzie nie istniała żadna przeszkoda ze strony kanału rodnego, a pomimo to płody, żywe przed rozpoczęciem się porodu, rodziły się zawsze martwe, zamierały tedy w czasie trwania samego aktu porodowego. Otóż Lebensbaumowi, który również zna omawiany przypadek, sprawa cała przedstawia się w zupełnie innem świetle. Mianowicie w danym razie miano do czynienia z miednicą zwężoną i jeśli płody zamierały w czasie porodu, to li tylko na skutek tego właśnie zwężenia, wzgl. użytych zabiegów operacyjnych, z wyjątkiem dwu pierwszych porodów, które odbyły się samodzielnie. Jeśli chodziło o dostarczenie matce żywego dziecka, od czego zależało jej osobiste i rodzinne szczęście, to postępowanie Winawera było może jedynem uzasadnionem wyjściem, ale wówczas wskazanie do zastosowania cięcia cesarskiego było tu zupełnie inne, aniżeli to, jakie podał Winawer. Sprawa tedy rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego nic nie zyskała.

W odpowiedzi Winawer zaznaczył następujące:

Lebensbaum sądzi, że omawiana chora ma miednicę ścieśnioną i twierdzi, że ścieśnienie to utrudniało akt porodowy do tego stopnia, iż podczas porodów wszystkie 5 płodów zmarło. Otóż Winawer bardzo żałuje, że Lebens. nie podaje wymiarów miednicy i nie określa stopnia jej ścieśnienia. Z twierdzeniem tem Lebensbauma o ścieśnieniu miednicy Winawer stanowczo zgodzić się nie może. Miednicę badał Winawer wspólnie z Kolińskim dwukrotnie i po jej zbadaniu wewnętrznem i zewnętrznem obydwaj przyszli do wniosku, że o ścieśnieniu, któreby mogło utrudnić poród, mowy być nie może. Twierdzenie to zgodne jest także z postępowaniem lekarzy z kliniki wiedeńskiej w piątej ciąży. Pomimo bowiem, iż chora zgłosiła się do kliniki na cztery tygodnie przed terminem rozwiązania, wywołano poród sztuką zaledwie na kilka dni przed terminem. Widoczne jest przeto, że wykonano poród nie z powodu ścieśnienia miednicy, lecz wskutek zapewne nawykowego zamierania płodów w ostatnich dniach ciąży.

W odpowiedzi Cykowskiemu Winawer powołuje się na wywiady,

w których chora podawała, że miała odczuwać ruchy płodów podczas samego aktu porodowego,

Zasadniczo w zupełności zgadza się Win. z twierdzeniem Cyk., iż cały przypadek istotnie przedstawia się niejasno.

S. CYKOWSKI.

Posiedzenie dnia 24 września 1909 r.

Neugebauer przedstawił chorą z guzem przedniej ściany brzucha wątpliwego pochodzenia, przypuszczając, że chodzi nie o włókniak ściany brzucha, a raczej o guz urazowego pochodzenia. Chora dziewica lat 44, przed 13-tu laty była operowaną przez profesora Kosińskiego, który na drodze cięcia brzucha usunął dwa guzy jajnikowe, oraz odciął, jak się zdaje, macicę. Rany brzucha wtedy nie zaszyto na głucho, lecz zastosowano sączkujący worek z gazy. Chora od czasu operacyi perjodów już nie miała i czuła się stale zupełnie dobrze. Dopiero przed trzema tygodniami zachorowała na zaburzenie żołądkowe wskutek błędu dyetetycznego. Pewna znajoma jej masażystka zastosowała dwa razy mięsienie brzucha. Po tych mięsieniach chora zauważyła, że w ścianie brzucha na prawej stronie od blizny polaparotomijnej powstał guz cokolwiek bolesny, którego dawniej nie było. Sama masażystka również ów gaz czyli zgrubienie w ścianie brzucha zauważyła, przestała wtedy masować i radziła udać się do lekarza. Chora zgłosiła się do Neugebauera. Neugebauer stwierdził przepuklinę w bliźnie polaparotomijnej oraz wymacał w prawostronnej ścianie brzusznej guz, wielkości orzecha kokosowego, mało bolesny od ucisku, nie mający związku z narządami jamy brzucha, stanowiący całość ze ścianą brzucha. W pierwszej chwili N. sądził, że ma do czynienia z włókniakiem ściany brzucha, i radził chorej zapisać się do szpitala dla obserwacji i ewentualnej operacyi. Gdy N. widział chorą po raz drugi, guz ten znacznie zmalał, co też i chora sama zauważyła. Neugebauer wtedy przyszedł do mniemania, że chodzi nie o włókniak, a prędzej o guz urazowego pochodzenia – prawdopodobnie wylew krwi w głębszych warstwach ściany brzucha, który powoli wsysa się, i zalecił okłady ze spirytusem na brzuch. Dziś Neugebauer przedstawia chorą w tym celu, aby i inni koledzy wypowiedzieli zdanie swoje.

Cz. Stankiewicz i Leśniowski, po zbadaniu chorej, przyłączyli się do zdania Neugebauera. Neugebauer w dłuższem przemówieniu porusza sprawę włókniaków ściennych co do ich etyologii, wspomina o swojej własnej kazuistyce 9 przypadków, z których cztery były operowane, przytacza niektóre dane z ostatniej pracy kazuistycznej Cykowskiego, ogłoszonej w księdze jubileuszowej, Sawickiemu poświęconej, oraz zwraca uwagę na pewien symptom dla różniczkowego rozpoznania ważny, przez niego opisany: mianowicie wyskakiwanie czyli uwydatnianie się na zewnątrz guza po pochyleniu głowy ku dołowi, gdy chora znajduje się w pozycji stojącej lub leżącej. Guzy wewnątrz jamy brzusznej leżące wtedy stają się niewidoczne pod wdływem czynności mięśni ściany brzucha, podczas gdy guzy śródścienne stają się widocznymi przez wypuklanie się na zewnątrz.

We wspomnianej pracy Cykowski porusza sprawę częstości takich guzów, oraz etyologię. Pochodzenie guzów tych dotychczas jest jeszcze nie wyjaśnione pomimo licznych hypotez. Fibroidy ściany brzusznej są rzadkie u mężczyzn, jeszcze rzadsze u kobiet, które nie rodziły, a najczęstsze u kobiet wieloródek. Przemawiało by to za urazowem pochodzeniem tych guzów w związku z pracą porodową, wskutek uszkodzenia mięśni. Lecz guzy te powstają nie w mięśniu, lecz, jak Cykowski wyraża się, w piętnach ścięgnistych mięśni prostych brzucha, lub też powięzi i rozścięgnie, a najczęściej z tylnej blaszki pochwy mięśnia prostego brzucha, czasami z powięzi mięśni skośnych brzucha — zewnętrznego lub wewnętrznego.

Niedawno Schauta w Wiedeńskiem Towarzystwie Położniczo-Ginekologicznem na posiedzenie z dnia 24 listopada 1908 zabrał głos w sprawie urazowego pochodzenia tych guzów (patrz: Zentralblatt für Gynäckologie 1909, N-r 16 pg. 574). Otóż Schauta opierając się na jednem własnem spostrzeżeniu i nielicznych, w piśmiennictwie rozproszonych, obcych, utrzymuje, że w jego przypadku własnym, gdzie w dwa lata po obustronnej owaryotomii musiał wyciąć fibroid ściany brzusznej, guz ten był w związku etyologicznym z poprzednią laparotomią. Guz, dwa razy większy od główki dziecka, powstał, jak udowodnił drobnowidz, z tkanki łącznej interfibrylarnej dwóch mięśni prostych, ze sobą zeszytych, a mianowicie w obrębie samej blizny polaparotomijnej. Blizna skórna była zupełnie nie zmienioną i rozdzielała poniekąd guz na dwie połowy, prawą i lewą. Neugebauer nie wchodzi dziś w dalsze szczegóły, ponieważ opracowywa obecnie sprawę guzów desmoidalnych przedniej ściany brzusznej dla osobnej pracy. Najrzadsze z jego własnych spostrzeżeń — bodaj czy nie unikat pod względem klinicznym, opisał co do badania drobnowidzowego w roku 1898 Pstrokoński w Gazecie Lekarskiej. Neugebauer wtedy na drodze laparotomii usunął na 7 dzień po porodzie guz desmoidalny prawostronny ściany brzusznej, 9½ funta wagi, leżący wewnątrz otrzewnej, uszypułowany i wychodzący podstawą, objętości dłoni, z tylnej blaszki pochwy m. prostego brzucha. Chora wyzdrowiała i w następstwie jeszcze rodziła.

(Streszczenie mówcy).

Stankiewicz Czesław uważa guz u chorej, przedstawionej przez Neugebauera, za umieszczony w ścianie brzucha; o czem, między innemi przekonać się można przez wprowadzenie palców do istniejącej obok przepukliny ,pępkowej. Guz ten jest przypuszczalnie pochodzenia urazowego; przemawia zatem spostrzeżenie Neugebauera, iż objętość guza zmniejsza się. Zdaniem S. w danym przypadku wskazane jest postępowanie wyczekujące.

W podobny sposób wypowiedział się i Leśniowski.

Leśniowski przedstawił okaz płodu skamieniałego. 36-letnia mężatka przybyła do oddziału 7.VIII r. b., skierowana tam przez W. Janczewskiego. Dowiedziano się od niej, że w 17-m roku życia wyszła po raz pierwszy za mąż, żyła z pierwszym mężem 15 lat, w ciąży nie była ani razu. Po śmierci pierwszego męża po pewnym czasie wyszła za mąż powtórnie i wkrótce zaszła w ciążę. Przed 2 laty, będąc, jak sądzi, w 7-m miesiącu ciąży, dostała krwawienia z narządów płciowych, kilkakrotnie omdlała, lecz poród

nie odbył się. Po upływie pewnego czasu zaczęła czuć się pomyślnie. Po upływie 10 miesięcy od powyższego zdarzenia zaczęła miesiączkować i od tego czasu miesiączkuje tak, jak to bywało dawniej. Ostatnia miesiączka przed 2 tygodniami. Miewa bóle w krzyżu, bóle głowy. Pozatem cieszyła się zawsze dobrem zdrowiem.

Badanie chorej wykazało stan ogólny zupełnie pomyślny; w organach wewnętrznych zmian chorobowych nie znaleziono. Macica nieco powiększona, umiarkowanie ruchomą. Na prawo od macicy, przylegając do jej boku dość ściśle, leży w małej miednicy guz, wielkości dużej pięści, kulisty, spoistości miękkiego włókniako-mięśniaka, prawie nieruchomy, niebolesny. Drugi guz wymacuje się w jamie brzucha, na lewo od pępka, dochodzi do wysokości tegoż, jest nieco mniejszy od poprzedniego, ma kształt bardziej podłużny, jest b. twardy — jak chrząstka, powierzchnię ma nierówną, nie jest b. ruchomy. Od dolnego odcinka guza zdąża jakby szeroka szypuła, którą guz jest połączony z lewym rogiem macicy. Przymacicza wolne.

Na mocy wywiadów rozpoznał W. Janczewski na razie — płód skamieniały. Wyniki badania bliższego zachwiały nieco to rozpoznanie; bardziej prawdopodobnem wydawało się rozpoznanie podsurowiczych włókniaków macicy.

9.VIII r. b. wykonał L. operacyę. Przekonano się niebawem, że pierwsze rozpoznanie było słuszne. Guz, leżący w lewej połowie jamy brzucha, był płodem skamieniałym. Dolna połowa tegoż była ściśle zrośnięta z grubem pasmem stwardniałej sieci dużej, które to pasmo było również przyrośnięte do lewego rogu macicy. Pozatem, tu i owdzie guz był przyklejony luźno do jelit i otrzewnej ściennej. Po podwiązaniu i odcięciu sieci, po odklejeniu zlepów — płód usunięto. Guz, położony w małej miednicy, jak niebawem przekonano się — jajowód prawy, mieszczący w socie stare łożysko, był b. ściśle zespolony z otrzewną prawej połowy miednicy małej. Wyosobienie jego nastręczało znaczne trudności, wydobyto go jednak i po podwiązaniu krezki jajowodowej i jajowodu w pobliżu rogu macicy — guz wycięto. Wobec dużej obficie krwawiącej jamy, powstałej po usunięciu tego guza, włożono tam worek Mikulicza. Przebieg pooperacyjny zupełnie dla pacyentki pomyślny.

Przedstawiony przez L. płód skamieniały ma 14 ctm. długości, 6 ctm. szerokości, jest spłaszczony w kierunku przednio-tylnym, Szczegółów głowy i twarzy rozpoznać nie można; kończyny są b. wyraźne. Przy dolnym końcu płodu — spory kawał zgrubiałej sieci dużej. Drugi guz, wielkości dużej pięści, prawie kulisty, jak widać na przekroju — składa się ze ścieńczałego jajowodu, mieszczącego stare łożysko.

W przypadku tym zastanawia L. okoliczność, że płód, który wypadł z prawego jajowodu, mieścił się całkowicie w jamie brzucha, i to—w lewej połowie tejże.

Leśniowski przedstawił okaz macicy, dotkniętej rakiem, wyciętej od strony jamy brzusznej. 48 letnia kobieta przybyła do jednego z oddziałów szpitala Dz. Jezus, gdzie rozpoznano rak części pochwowej macicy, i przeniesiono chorą do oddziału chirurgicznego. Tu znaleziono: organy wewnętrzne zdrowe, w stanie ogólnym znać już pewien stopień charłactwa. Ma-

cica duża. Na tylnej wardze części pochwowej widać owrzodzenie nowotworowe, zajmujące lewą połowę tej wargi. Owrzodzenie nieco przechodzi na tylne sklepienie. Przymacicza podatne, macica ruchoma. Gruczoły chł. w pachwinie nie wymacują się. L. zdecydował się wyciąć macicę drogą cięcia brzusznego. Wyskrobał najpierw masy nowotworowe, i, opatrując codziennie, doprowadził powierzchnię owrzodziałą do stanu możliwie jałowego; do wnętrza macicy wstrzyknął parokrotnie jodynę. Operacyę wykonał 27.VIII r. b. w sposób typowy. Na zaznaczenie zasługuje, że w przypadku tym wykonał podwiązanie tętnic podbrzusznych (art. hypogastricae), tętnice zaś maciczne podwiązał i odciął zdąla od macicy, tuż przy boku miednicy. Okres pooperacyjny przebiegł na ogół pomyślnie, był zakłócony tylko zapaleniem pęcherza mocz. pomimo, że chora prawie od samego początku po zabiegu oddawała mocz samoistnie.

Przedstawiona macica jest duża, wraz z nią przydatki oraz całe przymacicza, na co L. kładzie największy nacisk. Tak dokładnego usunięcia przymacicz nigdy nie uda się wykonać od strony pochwy. Pozatem pokazał L. sporą ilość dużych gruczołów chłonnych, oraz płaty tkanki tłuszczowej małej miednicy, wydobyte wraz z macicą.

Następnie przeszedł L. do uwag ogólnych. Zaznacza on, że od czasu rozpraw w r. 1906 nabył nieco więcej doświadczenia osobistego w sprawie operowania raka macicy od strony brzucha i na mocy tego doświadczenia może powiedzieć, co następuje. W obecnej chwili wycinanie macicy, dotkniętej rakiem, od strony brzucha jest zabiegiem dla tego cierpienia normalnym. Jedynie znane przeciwwskazania zmuszają operatora do usuwania macicy od strony pochwy. Co się tyczy operacyjności (operabilitas), to jakkolwiek w bardziej od nas kulturalnych społeczeństwach wzrasta ona, i u niektórych operatorów przekracza 90%, u nas, niestety, nie widzi się w tym kierunku poprawy stosunków. Widuje się po dawnemu w olbrzymiej większości przypadków chorobę posuniętą rozpaczliwie daleko. Przypadki takie dla operatora, posiadającego wyrobienie chirurgiczne, oczywiście, nie nastręczają niezwyciężonych trudności. Atoli, jak pouczyło L. jego własne doświadczenie, dają one miejscowe nawroty w b. prędkim czasie po operacyi. Natomiast im przypadek wcześniejszy, tem bardziej nadaje się do zabiegu brzusznego. Przechodząc do szczegółów, podnosi L. korzyści, jakie płyną z podwiązania na początku zabiegu tętnic podbrzusznych, którego to podwiązywania od dłuższego czasu nie robił. Następnie zwraca uwagę na podwiązywanie naczyń macicznych jaknajdalej od macicy. Wreszcie kładzie nacisk duży na potrzebę b. troskliwej opieki w okresie pooperacyjnym. Należy przedewszystkiem bacznie pilnować pęcherza moczowego, polecając chorym możliwie bezpośrednio po operacyi oddawać mocz samoistnie, podawać urotropinę.

Ponieważ obecnie większość naszych chorych, dotkniętych rakiem macicy, nie nadaje się do zabiegu doszczętnego, pozostawione zaś samym sobie przedstawiają one obraz krańcowej nędzy, są wstrętne dla samych siebie i dla otoczenia, należy ułożyć sobie plan postępowania z tego rodzaju choremi, który zrobiłby im bytowanie znośnem. Musimy tedy mieć na względzie: 1., zabiegi, mające na celu zniszczenie mas nowotworowych

i powstrzymywanie szybkości rozwoju sprawy nowotworowej, 2., zabiegi, zdążające ku zapobieżeniu gniciu mas nowotworowych, 3., usuwanie, wzgl.-łagodzenie bólów.

Co do pierwszego, to usuwamy masy nowotworowe najlepiej mechanicznie z pomocą łyżki. By powstrzymać szybkość rozwoju, uciekamy się do teoretycznie uzasadnionego sposobu, polegającego na zmniejszeniu dopływu krwi do organów płciowych. O ile tedy nie istnieją przeciwwskazania, ogólnie obowiązujące, wykonywamy podwiązanie obu tętnic podbrzusznych, tętnic jajnikowych oraz tętnic więzów obłych. Sam zabieg jest dość łatwy, podwiązanie wzmiankowanych naczyń nie pociąga zazwyczaj następstw niepożądanych. Natomiast zahamowanie na pewien okres czasu, zanim rozwinie się krążenie oboczne, — rozwoju nowotworu oraz zmniejszenie nieraz b. obfitych krwawień, pozwala ustrojowi odzyskać pewną ilość sił i nieco bardziej energicznie walczyć ze sprawą chorobową. L. na podstawie kilku własnych spostrzeżeń może powiedzieć, że ma wrażenie jakoby zabieg ten w samej rzeczy — wpływał cokolwiek w sensie dodatnim na przebieg sprawy chorobowej. Powierzchnię, powstałą na macicy i otoczeniu po wyskrobaniu nowotworu, możemy traktować rozmaitymi lekami, już-to żrącymi, już-to ścinającymi białko. Stosować je możemy bądź to powierzchownie, bądź to wstrzykując w miąższ macicy. Być może, działają one, pobudzając bujanie tęgiej, zbitej tkanki łącznej. Z pośród leków takich cieszył się ostatnimi czasy rozleglem uznaniem — aceton. O ile z biegiem czasu narastają masy nowotworowe, wypadnie usuwać je ponownie. Zalecając obok tego wszystkiego przemywania przeciwgnilne narządów płciowych, zapobiegamy gniciu w pochwie, i w ten sposób usuwamy wypływanie z pochwy wstrętnie cuchnącej posoki. Chore, w ten sposób traktowane, przestając tracić w dużych ilościach krew, nie zatruwane gnijącemi masami, pozbywając się wstrętnego odoru, przestają być odrażającemi dla siebie i dla otoczenia, odzyskują na pewien czas siły, odzyskują łaknienie, nabierają ponownie chęci do życia.

Co się tyczy usuwania wzgl. łagodzenia bólów, to należy najpierw podnieść okoliczność, że stopień bólów bynajmniej nie idzie równolegle do rozległości sprawy nowotworowej. Widuje się nieraz olbrzymie zniszczenie, spowodowane sprawą chorobową, i zupełny niekiedy brak tego tak celowego objawu. Skoro jednak objaw ten istnieje, musimy uciec się do leków kojących. Mając na względzie, że cierpienie może przeciągnąć się dość długi okres czasu, powinniśmy być powściągliwi i powoli przechodzić od leków łagodniejszych do bardziej energicznych, by przed czasem nie wyczerpać całego rozporządzalnego arsenału. W początkowych okresach dobre usługi wyświadcza nieraz stosowanie antipiryny. W krańcowych okresach dochodzi się nieraz do niepomiernie dużych ilości morfiny, które, niestety, nieraz nie są w stanie usunąć strasznych męczarni chorych.

Postępując w sposób powyższy wywiążemy się z naszego obowiązku względem zastępu nieszczęśliwych chorych, dając im to, co pozwala dać dzisiejszy stan leczenia nowotworów złośliwych macicy. Doświadczenie wykazuje, że powyższe postępowanie pozwala nieraz zapewnić chorym znośne bytowanie w przeciągu dość długiego okresu czasu: paru lub nawet kilku lat.

Stankiewicz Czesław zaznacza, iż od 10 lat jest zdecydowanym zwolennikiem drogi brzusznej w operowaniu raków macicy. Operacya pochwowa, zdaniem S., stanowi tylko palliatyw. Ze wszystkich metod operacyjnych wybija się na pierwsze miejsce operacya Wertheima, która ma tę wyższość, iż operuje się poza obrębem ogniska nowotworowego. Podwiązanie art. hypogastricae ułatwia i skraca operacyę. Co do zapalenia pęcherza moczowego, występuje ono często po operacji Wertheima i to nietylko u chorych, które były cewnikowane, wskutek zakażenia drogą naczyń chłonnych.

Operacyę Pryora S. wykonal 6 razy. W trzech przypadkach, prócz podwiązania art. hypogastricae i art. ovaricae, dokonano obustronnego trzebienia. We wszystkich przypadkach, prócz jednego, dopełniano zabieg przez wyskrobanie mas nowotworowych i przypalenie Paquelinem.

Dwie chore zmarły bezpośrednio po operacyi: jedna z powodu zapalenia płuc, druga z powodu zapalenia otrzewnej w następstwie przedziurawienia pochwy podczas wyskrobywania mas nowotworowych. W tym ostatnim przypadku mieliśmy do czynienia ze wznową nowotworu w sklepieniu pochwy, w rok po usunięciu macicy drogą brzuszną w innym oddziale. Przedziurawienie, w rękach jednego z młodych kolegów, nastąpiło niepostrzeżenie i zostało stwierdzone dopiero podczas oględzin pośmiertnych.

Z czterech pozostałych przypadków, trzy wykazały znaczną poprawę tak co do krwawień, jak co do skarg podmiotowych. W jednym z tych przypadków nastąpiło w krótkim czasie zupełne zabliźnienie się nowotworu; po upływie jednak kilku miesięcy stwierdzić było można ponownie rozwój sprawy złośliwej. Wreszcie jeden przypadek był co do wyniku zgoła nie udany. Pomimo dokładnego podwiązania naczyń i obustronnego trzebienia trwały dalej obfite krwawienia. W tym przypadku nie było wykonane, jak w pozostałych, wyskrobanie nowotworu ani przypalenie żegadłem Paquelina. Bóle, zależne od raka macicy, S. zwalcza przedewszystkiem za pomocą aspiryny. Gdy ta zawodzi, stosuje piramidon. W daleko posuniętych przypadkach, gdy już nie pomaga ani aspiryna, ani piramidon, wskazana jest morfina w dawkach coraz większych.

S. stwierdza fakt, znany zresztą powszechnie, iż w późniejszym wieku rak macicy rozwija się wolniej. S. spostrzegał przypadek raka szyi macicy u osoby sześćdziesięcioletniej, trwający już blizko 6 lat. Co do raka macicy u młodych osobników, to niezawsze, jak twierdzi Neugebauer, po operacyi następuje wznowa.

Przed 7 laty S. operował drogą brzuszną kobietę 25-letnią, dotkniętą rakiem części pochwowej. Pacyentka cieszy się dotąd zdrowiem zupełnem.

ST. CYKOWSKI.

Posiedzenie dnia 29 października 1909 r.

Koliński przedstawił okaz torbieli jajowodowo-przyjajnikowej.

Chora Z. S. lat 45, nie była w ciąży, ani razu nie poroniła; choruje od trzech lat. Z boku macicy, w okolicy przydatków lewych, wyczuwa się guz

wielkości pięści. Podczas zabiegu znaleziono wodniak jajowodu, którego zewnętrzny koniec przechodzi w drugi guz, bezpośrednio z nim łącząc się. Jajnik zupełnie zdrowy.

Neugebauer przedstawił chorą, już pokazywaną raz jeden w sekcyi naszej w r. 1907.

Chora, panna, lat 20-u. W r. 1904—4/VI dokonano cięcia brzucha naskutek zropiałej torbieli jajnika Torbiel wszyto w ścianę brzucha, worek. W r. 1907 znaleziono już 4 przetoki ropiejące; podczas peryodu z przetok wypływa krew. W październiku tegoż roku Karczewski usunął obustronne ropniaki jajowodów; kiszka i pęcherz podczas zabiegu zostały skaleczone i zeszyte. Założono worek z gazy.

W roku bieżącym stwierdzono, iż przetoka otwiera się podczas każdego peryodu, po peryodzie zaś zamyka się. Przetoka prowadzić ma do jajowodu (?).

Natanson przedstawił okazy trzech przypadków pęknięcia wzgl. oderwania macicy, które spostrzegał w swym oddziale szpitalnym.

Pierwszy, otrzymany ze zwłok, pochodzi od kobiety 38-letniej, która zmarła w czasie porodu. Poprzednie 5 porodów miały przebieg prawidłowy; ostatni przed 6 laty. Ostatnio do szpitala przybyła z powodu przeciągającego się porodu i krwawienia. Ciepłota 38,2^0, tępy ból w brzuchu, ruchów płodu nie czuć. Tony serca niesłyszalne. Powłoki brzuszne tak napięte, że utrudniają określenie położenia płodu. Wieczorem podano olej ry cinowy, który wypróżnień nie wywołał, wskutek czego zastosowano w nocy wlewanie, poczem nastąpiły dwa obfite stolce; chora zasnęła. Rano o 5½ wypiła nieco mleka i wśród rozmowy zasłabła. Zanim dyżurująca akuszerka zdążyła z pomocą, chora zmarła. Oględziny pośmiertne wykazały obecność powietrza w powłokach brzusznych i wszystkich narządach, nie wyłączając macicy. Na tej ostatniej znajduje się, za prawym więzem szerokim, na ścianie tylnej, pęknięcie otrzewnej długości około 10 ctm., ściana macicy mocno ścieńczała, krwawo podbiegnięta, w dwóch miejscach zupełnie przerwana, tak że prześwieca główka płodu; większych naczyń krwionośnych przerwanych nie widać. Płód zmacerowany, kości czaszki ruchome, o brzegach bardzo ostrych, czemu przypisać należy rozdarcie ściany macicy i przedostanie się powietrza do żył.

Drugi okaz pochodzi od chorej 40-letniej, która przybyła do oddziału w przebiegu 9-go porodu w bólach bardzo silnych. W 12 godzin po rozpoczęciu się bólów pęcherz płodowy pękł i badanie wykazało położenie płodu główkowe, główkę nad wejściem ruchomą i wypadnięcie pępowiny, która bardzo szybko przestała tętnić. Wobec tego, że bóle nie słabły, nie przystąpiono do obrotu, licząc na to, ze chora sama urodzi. W nocy główka wstawiła się w wejściu, gdy zaś poród dalej nie postępował, zdecydowano dokonać wymożdżenia nieżywego płodu, tymczasem zaś wstrzyknięto chorej morfinę. Chora zasnęła, ale po dwóch godzinach obudziła się i zaczęła wymiotować. Stan bólów, krwawienie z pochwy, osłabienie tętna nasunęły obawy o pęknięcie macicy. Wobec tego przystąpiono do cięcia brzucha: płód nieżywy leżał w jamie otrzewnej, przed macicą, obok łożyska. Macica oderwana od przedniego sklepienia, tak że pęcherz mocz. wisi zupełnie

wolno; lewy brzeg macicy pęknięty na długości około 3-ch ctm. Tkanki przerwane są miękkie, krwawo nacieczone, rwą się przy chwytaniu kleszczykami. Po podwiązaniu naczyń macicę odcięto, otrzewną zaszyto, wyprowadzono gazę przez pochwę Chora podczas zabiegu była bez tętna; stosowanie kamfory i wlewań podskórnych roztworu soli wzmogło czynność serca, ale tylko na krótko i chora we 27 godzin po operacji zmarła.

Trzeci okaz pochodzi od chorej 33-letniej, u której w jednym z przytułków dokonano obrotu płodu. Obrót wobec zupełnego rozwarcia i główki ruchomej — łatwy, wszakże wydobycie płodu nastręczyło trudności z powodu zatrzymania się główki u wejścia do miednicy, wskutek czego dokonano wymóżdżenia płodu przez jamę ustną. Po porodzie krwawienie nie ustawało, tętno nie poprawiało się; badanie wykazało przedostanie się łożyska do jamy brzusznej przez otwór w sklepieniu przedniem.

Przewieziono chorą do szpitala i tu dokonano cięcia brzucha, we dwie godziny po porodzie. Macica oderwana od pęcherza mocz. i przedniego sklepienia, tkanki przerwane są wiotkie, miękkie, rwą się pod palcami; prawostronna tętnica maciczna zupełne obnażona, nie pęknięta. Po podwiązaniu naczyń, odcięto macicę i zaszyto otrzewną, wyprowadziwszy gazę jodoformową przez pochwę. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, najwyższa cieplota 38°2.

(Streszczenie własne Natansona.)

W rozprawach Stankiewicz omawia dwa przypadki oderwania macicy od pochwy, które spostrzegał za pobytu swego w Łodzi, oraz przypomina o monografii Kaufmana, dotyczącej tej sprawy.

STANISŁAW CYKOWSKI.

Posiedzenie 26 Listopada 1909 r

Leśniowski pokazał szpilkę podwójną, wydobytą z pęcherza moczowego trzydziestokilkoletniej dziewicy, z zawodu służącej. Przysłał ją do oddziału Ryłko. Chora opowiadała, że przed tygodniem próbowano ją zgwałcić; kiedy to nie udało się, jakoby przez zemstę wprowadzono jej szpilkę do pęcherza moczowego. Stan ogólny znaleziono zadawalający, narządy wewnętrzne prawidłowe. Pęcherz moczowy i cewka w stanie mocnego rozdrażnienia. Mocz oddaje co chwila, mocz cuchnie, ma wygląd krwawo zabarwionej posoki. Prócz ustawicznego parcia na mocz — ogromny ból w czasie i po oddaniu moczu. Pęcherz moczowy z dużą trudnością mieści 80 do 100 c. s. płynu.

Oględziny wnętrza pęcherza moczowego za pomocą wziernika pęcherzowego wykazują bardzo mocne nastrzyknięcie śluzówki, obok tego stwierdzono obecność szpilki podwójnej, pokrytej złogami soli oraz śluzem. Szpilka leżała w pęcherzu mocz. poprzecznie i skośnie, od strony prawej ku lewej w ten sposób, że kolanko szpilki opierało się o górną połowę prawej ściany pęcherza, końce zaś były wbite w lewą połowę trójkąta Lieutauda. W celu wydobycia szpilki, Leśniowski postąpił w sposób następujący. Wobec bardzo dużego rozdrażnienia pęcherza moczowego chorą głęboko uśpiono. Do jamy pęcherza mocz. wstrzyknięto dużą ilość (300 c. s.)

roztworu kwasu bornego, a to w tym celu, by możliwie rozciągnąć ściany pęcherza i w ten sposób uruchomić szpilkę. Wtedy wprowadzono do pęcherza mocz. wziernik pęcherzowy, obok niego — długi cienki zgłębnik, na końcu zgięty haczykowato, pod kierunkiem wziernika odszukano kolanko szpilki i zaczepiono za nie haczyk, chcąc zrobić obrót szpilki na kolanko. Upewniwszy się, że haczyk trzyma mocno, wziernik pęcherzowy wydobyto nazewnątrz. Pociągając z umiarkowaną siłą za zgłębnik, z pewną trudnością wyciągnął L. szpilkę. Pokazało się, że haczyk ześlizgnął się i pociągnął nie za kolanko, tylko za jedno z ramion szpilki, które w tem miejscu zgięło się i w ten sposób udało się wydobyć szpilkę nazewnątrz. Po wydobyciu szpilki, pęcherz mocz. szybko powrócił do stanu prawidłowego.

Przedstawiona szpilka ma 8 cm. długości, jest obficie pokryta złogami soli.

Leśniowski dodaje, że sposób, w jaki wydobył szpilkę z pęcherza mocz. w danym przypadku, jast znany w piśmiennictwie. Sam L. stosował już ten sposób poprzednio raz jeden i uważa, że zaleca się on jaknajbardziej do stosowania ze względu na łatwość wykonania.

J. Jaworski przypomina, że niedawno na jednem z posiedzeń sekcyi przedstawił rentgenogram pęcherza 27-letniej niewiasty z dużą podwójną szpilką do włosów. W przypadku tym warunki do wydobycia szpilki drogą naturalną okazały się bardzo niekorzystne i w stosunku do przypadku Leś. niepomyślne, ponieważ szpilka była oparta (jakby wklinowana) jednem ramieniem w ścianę pęcherza i kość łonową lewą, drugiem — zaledwie dotykała kości przeciwległej.

Wierzchołek szpilki, pochyliwszy się znacznie na bok, sięgał do kości biodrowej lewej. J. był zmuszony otworzyć pęcherz od strony pochwy i dopiero tą drogą udało mu się szpilkę wydobyć. Następnie pęcherz zaszyto.

Józef Jakowski przedstawił guz, wielkości pięści, pochodzący z macicy eklamptyczki. Chora lat 19,— miała pierwszy peryod w 15 roku życia; następne co 4 tygodnie po 3 — 4 dni, nie obfite; ostatni w listopadzie r. z. Bóle porodowe zaczęły się 10 lipca r. b. rano; o godz. 2 m. 10 pp. pierwszy napad rzucawki, ostatni—o godz. 3 rano dnia 11 lipca. Operacyi dokonano 11 lipca o godz. 12 w nocy, mianowicie w uśpieniu chloroformowem zrobiono obrót na nóżkę wobec otwarcia na 3½ palca i stojących wód; zabieg ukończono przez wymóżdżenie następującej główki nieżywego już płodu. Po wydobyciu dziecka, gdy uciskano macicę, wyskoczył guz, w kilka zaś minut po odejściu guza — odeszło łożysko. Chora na drugi dzień wieczorem przyszła do przytomności, nie gorączkowała, wstała po 14 dniach. Guz kulisty zewnętrznie wykazuje silne unaczynienie; ma szypułę, doprowadzającą naczynia. Badanie mikroskopowe (L. Paszkiewicz) stwierdziło włókniak z silnie rozszerzonemi naczyniami włosowatemi, w stanie obrzęku. Jakowski podkreślił rzadkość podobnego urodzenia się włókniaka podśluzówkowego podczas porodu, — nadmieniając, że o takiem zejściu zupełnie nie wspominano i na zjeździe lekarzy w Budapeszcie,—pomimo, że w sekcyi ginekologicznej specyalnie była poruszona sprawa włókniaków i ciąży.

Szczegółowy opis przypadku Jakowski przedstawi oddzielnie.

J. Jakowski przedstawił dalej fotografię noworodka z wrodzoną przepukliną pępowinową, operowanego na 2 dzień po porodzie przez Rauma w szpitalu na Pradze. Dziecko żyło 5 tygodni po operacyi i umarło z powodu przetoki kałowej, która utworzyła się po operacyi w ścianie brzusznej. Miało to miejsce dlatego, iż pomimo zastosowania aseptyki i antyseptyki nie udało się otrzymać rychłozrostu i po rozejściu się ściany brzusznej aż do otrzewnej w ciągu około 4½ tygodni ścianę brzuszną stanowiła otrzewna; po rozejściu się i otrzewnej ściennej w ścianie brzusznej znalazła się otrzewna przyklejonego jelita; ostatecznie zaś w tem ostatniem wytworzyła się przetoka kałowa.

Jakowski nadmienia, że w omawianych przypadkach należy od pierwszych opatrunków zwracać baczną uwagę na zbliżanie brzegów zeszytej ściany brzusznej z pomocą lepkiego plastra.

Z powodu pokazu Jakowskiego Stankiewicz Czesław zaznacza, iż w czasie porodu również usunął guz wielkości pięści kobiecej, szeroką podstawą usadowiony w szyi macicznej. Guz ten, o budowie włókniako-mięśniaka, stanowił przeszkodę porodową i dopiero po usunięciu guza poród mógł być doprowadzony do końca.

Rechniewska opowiedziała przypadek następujący: Helena S., lat 17, panna, zaczęła miesiączkować 24/II 09 r. i po 2-ch tygodniach silnego krwawienia 9/III przybyła do oddziału ginekologicznego Grzankowskiego w stanie znacznej niedokrwistości.

Z wywiadów dowiedziano się, że chora od 9-go r. życia miewała silne krwawienia z nosa, gardła i dziąseł, 2 razy z tego powodu nawet leżała w szpitalu; po małych skaleczeniach miewała zawsze znaczne krwawienia.

Od 3 miesięcy chora doznawała częstych zawrotów głowy i bicia serca.

Pochodzi z rodziny licznej: 4 braci i siostra. Siostra miewa zbyt częste i obfite miesiączki, oraz również krwawienia z nosa i gardła.

Badanie chorej wykazało: pacyentka jest wzrostu wysokiego, odżywiona dobrze, budowy tęgiej. Błony śluzowe i skóra blada, w sercu szmer przy I-m. tonie. Mocz prawidłowy. Wydzielina maciczna krwawa, nieobfita, błona dziewicza nie naruszona; macica w przodozgięciu, tyłopochyleniu, prawidłowej wielkości, ruchoma; jajniki i jajowody zdrowe; sklepienia wolne. Zastosowano wypchanie pochwy i hydrastis canadensis.

Po kilkudniowym pobycie chorej w oddziale ginekologicznym, wobec przypuszczalnej choroby serca, chorą przepisano do oddziału wewnętrznego Jakowskiego, gdzie znaleziono nieznaczne powiększenie granic serca i szmer przy pierwszym tonie.

Badanie krwi wykazało 1.600.000 czerwonych ciałek, stosunek czerwonych do białych 100 : 1. Hemogl. 40%. Zastosowano Digitalis.

Po bliższem atoli spostrzeżeniu uznano, że szmer pochodzi z niedokrwistości i wobec ciągłego krwawienia z macicy chorą przepisano z powrotem do oddziału ginekologicznego, w którym w dalszym ciągu stosowano tamponowanie pochwy, hydr. canad., arszenik i żelazo. Po upływie tygodnia krwawienie z macicy ustało i chorą dla dalszego leczenia znów przepisano do oddziału Jakowskiego. Badanie krwi, dokonane we dwa tygodnie

po pierwszem, wykazało 2.280.000 czerw. ciałek krwi, białych 5000; hemogl. 30%.

Chora szybko znacznie poprawiła się, były tylko nieznaczne krwawienia z nosa i po 2-ch tygodniach wypisała się w dobrym stanie zdrowa. W tydzień powróciła do zwykłych zajęć służącej, czuła się zupełnie zdrową.

We 3 miesiące nastąpiła prawidłowa miesiączka, trwająca 4 dni; następna, również prawidłowa, we 3 tygodnie, we 2 tygodnie zaś po tej ostatniej chora znów zaczęła silnie krwawić i po upływie kilku dni przybyła do oddziału ginekologicznego 28/VIII.

Badając znaleziono to samo, co i dawniej: bladość, szmer przy I tonie serza, tętno 120. Śledziona i gruczoły chłonne nie powiększone. Żadnych zmian chorobowych w narządach płciowych. Krwawienie maciczne obfite.

Zastosowano wypchanie pochwy, hydr. canadensis i calcii chlorati 3,0 : 200,0 + sol. adrenalini 1‰ 2,0 — co 2 godziny po łyżce stołowej.

Wobec bezskuteczności powyższego leczenia i ciężkiego stanu chorej (badanie krwi wykazało 1.987.500 czerw. ciał. krwi, 3250 białych i 26% hemoglob.), wastrzyknięto jej 150,0 dwuprocentowego rozczynu żelatyny. Zabieg ten, powtórzony po paru dniach, pozostał bez wpływu na krwawienie. Ponieważ stan chorej szybko pogarszał się, wstrzyknięto do jamy macicy 2 szpryce Brauna rozczynu adrenaliny 1‰. Takich wstrzykiwań zrobiono 6 w ciągu 12 dni, i po 5-iu dniach przerwy dokonano jeszcze 2 wstrzyknięć. Krwawienie znacznie zmniejszało się i wreszcie zupełnie ustało po 6-iu tygodniowem trwaniu. Badanie krwi w tym czasie wykazało 1.600.000 czerw. ciał. i 5.000 białych.

Chora, przepisana do oddziału Jakowskiego, zaczęła szybko poprawiać się. Badanie krwi, dokonywane co parę tygodni, dało wyniki następujące.

Czerw. ciał.	biał. ciał.	Hemogl.
2.750.000	10.000	25%
4.300.000	6.000	51%

Ciepłota przez czas trwania choroby wahała się między 37° i 38° C.

Ponieważ w narządach rodnych chorej żadnych zmian chorobowych nie znajdujemy, musimy wnosić, iż krwawienia maciczne są zależne od jakiegoś ogólnego cierpienia. Białaczkę, gnilec i blednicę musimy wyłączyć z powodu braku właściwych dla tych chorób objawów; natomiast wobec faktu, że chora od najmłodszych lat zdradzała skłonność do krwawień, że z tem samem zjawiskiem, choć w mniejszym stopniu, mamy do czynienia u jej siostry, że wreszcie z chwilą ustania krwawień chora szybko poprawia się — przychodzimy do wniosku, że mamy do czynienia z krwawiączką.

U kobiet, dotkniętych tą chorobą, krwawienia maciczne zdarzają się dość często i czasem powodują śmierć. Według obliczeń Frankela i Böhma śmiertelność w tych razach dochodzi do 20%. Środki hemostatyczne, jak również skrobanie, pozostają bez wpływu na krwawienie. W klinice Franza w Jenie w 10-iu odpowiednich przypadkach stosowano z pomyślnym wynikiem wstrzykiwanie surowicy ludzkiej.

J. Jaworski z powodu odczytania historyi choroby przypadku powyższego i przedstawienia chorej, zapytuje: czy chora ta w czasie choroby, wzgl. krwotoków, dostawała środki lecznicze nasercowe i czy była badana krew jej na bakterye? Otrzymawszy na zapytania te od mówczyni odpowiedź przeczącą, Jaworski oświadcza, że, jak widać z odczytanej historyi choroby, osoba ta miała powiększone granice serca, tętno stale i wybitnie przyśpieszone, a nadto wprost w historyi choroby powiedziano, ze chora ma „vitium cordis“, oprócz tego zaznaczono, że chora długo gorączkowała. Wobec danych podobnych, zdaniem mówcy, należało najsamprzód u chorej zastosować właściwe środki nasercowe, regulujące zakłócony krwiobieg. U kobiet, w okresie życia płciowego, z pewnemi wadami serca, warunkującemi nadmierne przepełnienie krwią układu tętnicy podbrzusznej, zdarzają się nierzadko nader obfite miesiączki, które z powodu czasu trwania oraz wielkiej ilości krwi nabierają cech wprost krwotoków macicznych, niekiedy groźnych. Krwotoki podobne, jak mówca spostrzegał i opisał, następują nawet u nowonarodzonych dziewcząt, skutkiem przepełnienia krwią naczyń jamy brzusznej. Inaczej się jednak rzecz ma z krwotokami, niezależnymi od pewnych wad lub wogóle zachorowań serca i jego osłon. Teorye pochodzenia tego rodzaju krwotoków Jaworski podał, o czem wspomniał już przewodniczący Neugebauer, przytaczając odnośne piśmiennictwo, w artykule swoim z przed laty 13-tu, p. tyt. „Mors sub menstruatione ex anaemia”.

Dalej mówca zaznacza, że pewien szereg cierpień ustrojowych, a następnie zakaźnych, również wywoływać może bardzo groźne krwotoki maciczne. J. Jaworski, wspólnie z L. Nenckim, przed laty 15-tu, spostrzegał i opisał przypadek krwotoków takich u kobiety bardzo silnie zbudowanej i uprzednio zdrowej. Badanie bakteryologiczne krwi u niej wykryło pałeczkę karbunkułową, która spowodowała zakażenie ogólne. Hodowla czysta pałeczki tej, wstrzykiwana zwierzętom, wywoływała u nich krwotoki z różnych narządów.

W końcu mówca oświadcza, że w przypadku przedstawionym, wobec braków w badaniu, nie można ściślej ustalić zarówno jego patogenezy, jak i rozpoznania. Co się zaś tyczy stosowanego leczenia, to aczkolwiek było ono bardzo energiczne, jednakże z powodu nie uwzględniania w niem u chorej zaburzeń ze strony serca, które i obecnie, jak mówca stwierdza, przejawiają się u osoby tej między innemi znacznem zwiększeniem ciśnienia krwi i przyspieszonem tętnem (tętno silnie napięte, około 100 uderzeń na minutę), leczenie tu w danym razie stosowane było bardzo jednostronnie.

W rozprawach nad poruszonym przez Rechniewską tematem hemofilii brał udział Neugebauer. Streścił on przy tej sposobności najnowszą pracę autorów L. Franckla i L. Böhma („Genitalblutungen bei Haemophilie”), drukowaną w zeszycie październikowym r. b. w Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Aczkolwiek już w roku 1784 Fordyce opisał pierwszy przypadek hemofilii u kobiety i pomimo, że pod koniec zeszłego stulecia zjawiło się kilka prac o tej sprawie, jednak wogóle nie uznawano hemofilii u kobiet

trzymając się poglądów Nassego (Lex Nasse), że kobieta może udzielić potomstwu swemu hemofilii męża, sama zaś pozostaje wolna od hemofilii. Zdanie to jest mylne, albowiem, chóciaż hemofilia u kobiet zdarza się znacznie rzadziej, niż u mężczyzn, jednak nie jest tak arcyrzadkiem zjawiskiem, jak pokazuje statystyka 151 przypadków, przez Frankla i Böhma w ich pracy zestawionych, a statystyka ta z pewnością nie obejmuje bynajmniej całej kazuistyki, ponieważ bardzo wiele takich przypadków pozostaje nie ogłaszanych w druku. Dla ginekologa rzeczą jest ważną wiedzieć, czy zdarza się hemofilia u kobiet lub nie, ponieważ wynikają z rozpoznania wskazówki co do rokowania i leczenia oraz zapobiegania. Dalej sprawa jest naukowo bardzo doniosła: każdy z nas nieraz widzi u kobiety o zupełnie zdrowym ustroju ogólnym i narządów płciowych zupełne fiasco po wyskrobaniu, widuje nieraz krwawienia obfite z narządów płciowych -- zupełnie prawidłowych, zdrowych, których sobie wytłomaczyć nie może, dalej niczem nie wyjaśnione niektóre silne krwawienia po wyskrobaniach, po operacyach wytwórczych, i t. d.

Czem właściwie jest krwawiączka? Jest to niczem dotychczas nie wytłomaczona samoistna skłonność do krwawień znacznych. Nazwa jest czysto objawowa. Rozróżniamy krwawiączkę dziedziczną oraz przypadkową. W dwóch trzecich częściach wszystkich przypadków chodzi o krw. dziedziczną, czyli, że osobnik należy do rodziny uznanych krwawców; sporadyczna krwawiączka może być wrodzona, lub też nabyta. Faktem jest, że istnieją jednostki lub też całe rodziny osobników, którzy przez całe życie po najmniejszym urazie silnie krwawią z najróżniejszych części ciała: haemoptoe, epistaxis, krwawienie nadmierne u kobiet miesiączkowe, porodowe, i t. p., po wyrwaniu zęba, po obrzezaniu, nieraz krwawienia występują do jamy brzusznej, w innych przypadkach chodzi o krwawienie z łącznicy ocznej, z ucha, z brodawek sutkowych, w innych znów przypadkach o krwawienie podskórne w postaci petoci, krwawienia z pod paznogci, i t. d. Dwie trzecie takich osobników należą do rodzin krwawców i za młodych lat już giną wskutek owych krwawień. Usposobienie krwawiączkowe istnieje tak samo u kobiet, jak i u mężczyzn, chociaż u kobiet zdarza się znacznie rzadziej. Które mianowicie przypadki w ginekologii zaliczać wypada do krwawiączki? Kobieta, która zginie z upływu krwi wskutek urazu w czasie stosunku płciowego, wskutek pęknięcia żylaka, rodząca, która zakrwawi się wskutek pęknięcia łechtaczki podczas porodu, niekoniecznie musi być dotknięta krwawiączką. Krwawienia takie, o ile nie są hemofiliczne, odpowiednim ratunkiem chirurgicznym dają się opanować.

Jakież jest kryteryum, szczególnie gdy chodzi np. o nadmierne krwawienia miesiączkowe? Frankel i Böhm uważają krwawienie za krwawiączkowe, skoro krwawienia miesiączkowe wobec prawidłowych narządów płciowych bardzo długo trwają, gdy trwają pomimo wszelkie przeciw krwawieniu zastosowane leczenie, tem bardziej jeśli osobnik należy do rodziny krwawców lub gdy równocześnie istnieje skłonność do nadmiernych krwawień z innych narządów, np. z nosa. Określenie takie jest zupełnie dowolne. Frankel i Böhm opisują 7 własnych spostrzeżeń hemo-

filii u kobiet, pomiędzy niemi przypadek bardzo silnego krwawienia u 55-letniej kobiety z rany odleżynowej pochwowej, wywołanej uciskiem niewłaściwie wybranego krążka macicznego. Z piśmiennictwa, razem z własnemi spostrzeżeniami, zestawili oni 151 spostrzeżeń od r. 1737 do chwili obecnej, które w końcu pracy zestawiają w tablicy: 46 innych spostrzeżeń wyłączyli oni z powodu, że rozpoznanie okazało się wątpliwe, zaliczyli zaś do kazuistyki 11 przypadków, ogłoszonych przez innych autorów nie jako krwawiączka, ponieważ sami upatrują ją w opisie. Kazuistyka ta nie jest bynajmniej wyczerpującą, ponieważ nie wszystkie spostrzeżenia podawane są w druku. Na owe 151 spostrzeżeń 99 razy krwawiączka była dziedziczna, 34 razy nie było żadnych danych co do dziedziczności, w 18 przypadkach była ona wątpliwą.

Autorowie rozpatrują krwawienia z narządów płciowych kobiecych co do miesiączki, porodu oraz urazów.

Miesiączka: tylko 12 razy krwawiączka wystąpiła podczas pierwszej miesiączki, 30 razy już przed pierwszą miesiączką. W 8 przypadkach macica brała udział w hemofilii dopiero w kilka lat po pierwszej miesiączce, 11 razy hemofiliczne krwawienia zmniejszyły się po leczeniu lub bez tego w kilka lat po pierwszem wystąpieniu krwawiączki, pomimo, że hemofilia nie zgasła.

Menarche i menopausis są zupełnie niezależne od hemofilii. Hemofilia może wystąpić w każdym okresie życia, niezależnie od menarche lub menopausis. Widocznie istnieje w ustroju jakaś samoobrona przeciw krwawiączce, tak, że nie każda hemofiliczka podlega nadmiernym krwawieniom w miesiączce, w porodzie, po porodzie i t. d. Gdyby tak nie było, krwawiączka miałaby o wiele poważniejsze znaczenie dla kobiet, niż dla mężczyzn, a tak nie jest, swoją drogą krwawiączka w miesiączce przedstawia pewne niebezpieczeństwo dla danego osobnika. Miesiączki w hemofilii mogą być za wczesne lub też mogą się opóźniać, zależy to od typu owulacyi, wobec niedostatecznego rozwoju jajników opóźniają się. Krwawienia miesiączkowe w krwawiączce trwały od trzech do 64 dni, w jednym przypadku krwawienie trwało 15½ miesięcy.

W 32 przypadkach trzeba było krwawienie sztucznie powstrzymać. Co do ilości krwi, utraconej w miesiączce, podawano liczby różne — do pół funta krwi dziennie. 10 razy chora uległa zakrwawieniu się miesiączkowemu, 6 razy z trudem chorą uratowano w czasie miesiączki, zatrzymując sztucznie krwawienie.

Co do ciąży—podano opis dla mniej więcej stu przypadków. 7 razy zapisano krwawienia z innych narządów, 4 razy z narządów płciowych. Poranień zanotowano 10, 5 razy bardzo silne krwawienia, a dwa razy śmiertelne. Raz jeden nie było żadnego nadmiernego krwawienia, pomimo uznanej hemofilii. Dwa razy zaznaczono znaczniejsze krwawienia po naderwaniu łechtaczki lub krocza. Raz jeden zanotowano znaczny krwotok przed wydaleniem łożyska, 56 razy zaś krwawienia podczas lub po wydaleniu łożyska, 5 razy z zejściem śmiertelnem. Dwa razy zaznaczono, że macica była doskonale skurczona, pomimo, że krwawiło dziurgiem z jej

ujścia. Cztery razy poród odbył się prawidłowo, lecz na czternasty dzień po porodzie wystąpiło groźne krwawienie, w dwóch przypadkach wystąpiło krwawienie niebezpieczne w przedwczesnym porodzie w 8 miesiącu, cztery tygodnie później nagła śmierć wskutek krwotoku macicznego. Inna położnica zmarła w 8 tygodni po porodzie wskutek silnego krwawienia z macicy i z nosa, 9 razy wszystkie porody u jednej i tej samej kobiety były patologiczne, 5 razy wszystkie inne odbyły się prawidłowo, 9 razy po części z wielkimi krwotokami. Różne okresy połogowe zdradzają skłonność wielką do krwotoków, porody przedwczesne i poronienia—mniejszą.

Co do noworodków, zaznaczono smiertelne zakrwawienie się z pępowiny 14 razy, kilka razy śmiertelne zakrwawienie się po obrzezaniu u chłopców żydowskich, raz śmiertelne zakrwawienie się po instylacyi rozczynu lapisu na łącznicę oczną. Co do krwotoków po urazach autorzy wspominają tylko o niewielu przypadkach. Trzy razy znaczna utrata krwi *sub defloratione;* jeden raz śmiertelne krwawienie, trzy razy zaś—silne krwawienie w czasie spółkowania, kilka razy w zapaleniu śluzówki macicy. Raz jeden zapisano silne krwawienie z ran odleżynowych, *decubitus ex abusu pessarii,* raz krwawienie pooperacyjne ze świeżo zaszytej rany po wycięciu torbieli jajnikowej, po wycięciu macicy, cztery razy krwawienia okresu przekwitania, dwa razy—śmiertelne. O owulacyi, jako źródle krwawienia, nikt nie pisał, lecz zdaje się, że chodzi o takie krwawienie w przypadkach naśladujących krwawienie w ciąży pozamacicznej, gdzie tejże nie było, a chodziło tylko o nadmierne krwawienie ex ruptura folliculi. Przypadki takie mnożą sie codziennie w piśmiennictwie.

Co do rokowania ogólnego w krwawiączce, autorzy przychodzą do wniosków takich.

Na 151 przypadków krwawiączki, zebranych przez autorów u kobiet, przypada 30 śmierci czyli 20%. Ponieważ 29 razy chodziło o krwawienie nie z narządów płciowych, lecz krwawienia inne, z 6 przypadkami śmierci—20%, pozostaje 122 przypadków krwawień z narządów płciowych z 24 zejściami śmiertelnemi--20%. Wynika stąd, że większość hemofiliczek cierpi na krwawienia z narządów płciowych, lecz że przez to nie powiększa się śmiertelność ogólna, czyli, że odsetka śmierci w krwawieniach z innych narządów jest taka sama, jak w krwawieniach z organów płciowych. Co do hemofilii u mężczyzn Litten zaznaczył, że z pośród krwawców tylko 60% dosięga 6 roku życia, tylko 10%—22 roku życia. U kobiet rokowanie co do życia — jest o wiele lepsze, przynajmniej śmiertelność jest znacznie mniejszą, niż u mężczyzn, pomimo że sposobność do zakrwawienia się wobec miesiączki, porodów, i t. d. jest o wiele wiekszą.

Leczenie powinno głównie być zapobiegawcze, zatem objawowe; podczas krwawień z narządów płciowych zapobieganie polega na zabronieniu spółkowania, małżeństwa, etc., podczas, gdy mężczyźnie prędzej można pozwolić na małżeństwo,—konsens małżeński dla niewiast upada już dla tego, że dziedziczność krwawiączki bywa głównie kobiecą. Leczenie wewnętrzne osób, skłonnych do hemofilicznych krwawień, polega głównie na zwalczaniu niedokrwistości, na poprawieniu odżywiania, i t. d.

Na pierwszym planie stoi dobre odżywianie, arszenik, fosfor i żelazo.

Wartość zapobiegawcza używania przetworów sporyszu, Hydrastis, Gossypium, Viburnum jest co najmniej problematyczną. Zastosować można sole wapienne, które powiększają łatwość skrzepnięcia krwi. Nowoczesne leczenie posiada jeszcze kilka innych środków hemostyptycznych: żelatynę, adrenalinę, oraz surowicę krwi. Żelatyna oraz surowica nie działają momentalnie, lecz dopiero po dwóch godzinach. Leczenie krwotoku takiego więc przedewszystkiem powinno być natychmiastowe, miejscowe. Najważniejszym środkiem jest dobre wypchanie macicy i pochwy; ponieważ pochwa i macica są znacznie rozszerzone przez nagromadzone w nich skrzepy krwi, tamponacja gazą jest łatwa, nawet u dzieci. Do wypchania używa się gazy jodo-vioformowej lub adrenalinowej. Do pochwy autorowie z dobrym skutkiem stosowali wyjałowione tampony z penghawar jambi w muślinie. O ile zastosowano pinces Muzeux, wypada tamponować i miejsca ukłuć tych szczypczyków. Podskórne lub wewnątrzżylne stosowanie styptycznych środków może być pożyteczne, lecz trzeba się liczyć z tem, że z rany może wystąpić krwawienie silne. Niektórzy wlewali do macicy rozczyn adrenaliny w stosunku 1:1000 lub wycierali jamę macicy takim rozczynem na zgłębniku srebrnem Saengera, owiniętym cienkim paskiem gazy, przy pomocy wziernika Neugebauera. Pinkus zaleca wprowadzenie do macicy gazy, umaczanej w roztworze calcii chlorati. Uciśnięcie aorty Momburga nie wiele obiecuje, ponieważ nie będzie można jej stosować tak długo, dopóki nie nastąpi zakrzep w naczyniu krwawiącem. Liquor ferri sesquichlorati nie zasługuje na stosowanie do wewnątrz narządów płciowych. Wyskrobanie żadną miarą nie może być zalecane. Opisano, co prawda, dwa przypadki działania dodatniego, lecz za to 7 bez jakiegokolwiek działania dodatniego i 5 przypadków następczych krwotoków silnych, z których jeden zakończył się śmiercią. Nic w tem dziwnego, ponieważ wyskrobanie daje nowe rany. Pinkus zalecił atmokausis, która rzeczywiście nieraz z dobrym wynikiem bywała stosowaną w takich przypadkach, lecz nie jest to, jak wiadomo, bynajmniej środek obojętny, a raczej — jest niebezpieczny; nawet gdy później odłuszczy się strup po atmokausis, mogą wystąpić nowe krwawienia. Dla zdesperowanych przypadków zalecano pochwowe wycięcie macicy, lecz jest ono poprostu zdradliwe z powodu, że naraża na silne krwawienia z naczyń drobnych miąższowych, po operacyi lub w trakcie takowej. Również nie można zalecać trzebienia, albowiem bynajmniej nie zawsze po niem i krwawienia płciowe ustają.

Na pierwszym planie w krwawieniu *ex utero* stoi ścisła tamponacya dróg płciowych. Ponieważ u obu płci skłonność do krwawień zmniejsza się w krwawiączce z latami i ponieważ krwawiączka ma skłonność do przejścia w okres ukryty, czyli przycicha czasami, nie trzeba nigdy tracić nadziei uratowania chorej, a nawet uzdrowienia. W porodzie wypada unikać szwów, ran kłutych, wypada łożyska nie wyciskać, a wyjąć ręką, potem zaś wypchać macicę.

Szczególnie dla krwawiączkowych krwawień poporodowych tamponacya Duehrssenowska macicy jest doskonała. W połogu wypada zawsze mieć się na baczności, co do późniejszych krwawień: nie pozwala się położnicy wcześnie łóżka opuszczać. Co do noworodka, wypada liczyć

się z możnością krwawienia z pępowiny przeciętej, z łącznicy ocznej, wypada zabronić obrzezania.

Summa summarum—krwawiączka u kobiet jest cierpieniem poważnem, lecz podlega wpływom leczenia i pomimo powikłań daje rokowanie lepsze niż u mężczyzn. Kobieta, podlegająca już fizyologicznie większym utratom krwi niż mężczyzna, posiada i lepsze środki na tamowanie krwotoku, skurcze maciczne. Stosunek hemofilii u kobiet do hemofilii u mężczyzn niektórzy podają na 1:4, inni 1:13.

Etyologia i anatomia patologiczna hemofilii są jeszcze nieznane, co do leczenia jednak mamy już pewne wskazówki wartościowe. Każdy przypadek zasługuje na opisanie wobec tych wielu znaków zapytania, złączonych z kwestyą hemofilii.

Wspomniani autorowie w końcu pracy uzupełniają bibliografję hemofilii, podaną dawniej rzez G. Böhma w jego dyssertacyi: Haemophilie und Menstruation, Breslau 1909, oraz tablicę 104 spostrzeżeń krwawień z organów płciowych u hemofiliczek, które zdołali zabrać z piśmiennictwa, wliczając własne.

Neugebauer naumyślnie streścił pracę autorów obszerniej, ponieważ sprawa krwawiączki kobiecej w naszem piśmiennictwie rzadko tylko bywała poruszana. Jaworski poruszył ją kilka lat temu.

Referent osobiście w r. 1885 widział w Warszawie jedno śmiertelne zakrwawienie się panny, około 19 lat, w miesiączce. Był on wtedy wezwany przez Tomaszewicz-Dobrską i zastał na miejscu już kilku lekarzy. Stosowano już wtedy srodki wewnętrzne, lód, etc. — chora zmarła wskutek utraty krwi. Chorą wtedy widział i Sokołowski, oraz jeden z rosyjskich profesorów kliniki terapeutycznej. Referent wezwany był in extremis, na kilka godzin przed śmiercią. Drugi przypadek N. widział w praktyce własnej, gdzie krwawienia powtarzały się w przeciągu kilku dni pomimo szwów, etc. Chodziło o urazy sub primo coitu. Spostrzeżenie referent podał in extenso w pracy o venus crueta. Chora wyzdrowiała. Trzeci przypadek referent widział u siebie w szpitalu kilka lat temu: chora zmarła wskutek hemofilii w poronieniu. We 24 godziny post abortum wystąpił tak gwałtowny krwotok, że krew lała się dziurgiem, pomimo ostrej tamponacyi. Szykowano wszystko do pochwowego wycięcia macicy, lecz chora coraz więcej i więcej bladła i w krótkim czasie zmarła. Na zwłokach z trudem wydobyto tampon z macicy—tak silnie była tamponowaną. Nie znaleziono najmniejszego uszkodzenia ścian macicy. W podobnym przypadku referent dziś poszedłby za przykładem Fenomenowa, który raz w Kazaniu zatrzymał krwotok maciczny przez to, że dokonał hysterokleiseos temporariae: szeregiem szwów zaszył ujście macicy. Krwawienie się zatrzymało, nazajutrz szwy usunął i krwawienie więcej nie powtorzyło się.

Czwarty przypadek Neug. widział w klinice prof. Bergmana w Berlinie: krwotok bardzo silny po obrzezaniu. Bergman po zdjęciu rytualnego opatrunku nałożył bardzo gęsto szwy na rany, z każdego ukłucia silnie krwawiło. Co do etyologii Bergman wtedy wypowiedział osobiste przypuszczenie, że dzieci hemofiliczne pochodzą często z małżeństw mieszanych — chrześciańsko-żydowskich.

Dnia 28.V. 1909 na posiedzeniu sekcyi ginekologicznej Koliński opisał przypadek jakoby hemofilii, od 7 lat trwającej u 19-letniej dziewicy (Przegl. Chir. i Ginek. 1910. T.—II Zeszyt I—p. 119).

Wogóle za mało praktyk zwraca uwagi na wywiady w takich przypadkach nadmiernych i niczem niewytłomaczonych krwawień z macicy. Piśmiennictwo zawiera cały szereg przypadków pochwowego wycięcia macicy z powodu niczem nie zwalczonych krwawień, gdzie anatomopatologiczne badania macicy nie wykazały żadnej przyczyny krwawień. Podejrzywano w tych razach arteriosklerozę, nadmierną kruchość ścian naczyń, lues, etc.

W roku zeszłym taki przypadek był dyskutowany we Lwowie, lecz etyologia krwawień pozostała niewyjaśnioną.

Grzankowski stwierdza, iż w sercu omawianej na obecnem posiedzeniu chorej zmian chorobowych niema, a zatem i krwawienie musi być pochodzenia innego.

Stankiewicz Czesław zaznacza, iż usunął macicę drogą brzuszną w przypadku uporczywego krwawienia u 42-letniej panny. Operacyę wykonano ze wskazania życiowego. w stanie bardzo ciężkiej niedokrwistości. Zdrowienie niezmiernie powolne. U chorej stwierdzono powiększenie śledziony, aczkolwiek na zasadzie badania krwi można było wyłączyć białaczkę. Po dłuższem spostrzeganiu w oddziale wewnętrznym szpitala Ś-go Ducha przypadek ten uznano za anaemia perniciosa. Krwawienia z innych narządów nie było. Chora opuściła szpital z pewnem, dość znacznem, polepszeniem stanu ogólnego.

Co do wyrażonego przez Neugebauera przypuszczenia, czy nie mamy tu do czynienia z chorobą Bantiego, — Stankiewicz Cz. zaznacza, iż głównym objawem w chorobie Bantiego jest powiększenie śledziony i prosi Rechniewską o wyjaśnienie w tym względzie.

Zweigbaum zapytuje prelegentkę, czy w rodzinie chorej zdarzały się przypadki, podobne do podanego?

D. N.
ST. CYKOWSKI.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH Z DZIEDZINY CHIRURGII I GINEKOLOGII, WYDRUKOWANYCH W PISMACH LEKARSKICH POLSKICH W R. 1909.

(Dokończenie — patrz Tom I Zeszyt I.)

Gazeta Lekarska. J. Jaworski. Rak pierwotny pochwy № 29. — B. Chorążycki. Podśluzowe wyłuszczenie przegrody nosowej № 30. — A. Gabszewicz. Rzadkie powikłania przewlekłego cierpienia ucha sredniego: 1., żylak zatoki poprzecznej i 2., ropień nadoponowy № 45. L. Rydygier. O plastyce przełyku z opisem preperatu anatomicznego po ope-

racyi R o u x'a № 49. — A. R y d y g i e r. Kilka słów o wydobywaniu ciał obcych z przełyku № 51.

Medycyna i Kronika Lekarska. L. L o r e n t o w i c z. O niektórych wskazaniach do skrobania macicy № 26. — Z. B y c h o w s k i. O rozpoznawaniu i operacyjnem leczeniu nowotworów przysadki mózgowej №№ 27, 28.— Z. D o b r o w o l s k i. Alypina—środek do miejscowego znieczulenia № 34.— Z. S r e b r n y. Kilka słów w sprawie techniki wycięcia podśluzowego przegrody nosa № 51.

Przegląd Lekarski. M. Ł ą ż y ń s k i. Z dziedziny powikłań wyrostka robaczkowego №№ 37, 38. — W. C h r z ą s z c z e w s k i. Almateina w leczeniu wrzodów goleni i w ginekologii № 41. — M. Ł ą ż y ń s k i. Z kazuistyki zapaleń wyrostka robaczkowego № 45. — A. B a u r o w i c z. O śluzowiaku kości sitowej № 49. — W. C h r z ą s z c z e w s k i. Z chirurgii jamy brzusznej № 51.

Tygodnik Lekarski. J. C z a r k o w s k i. Pachymeningitis externa posterior tuberculosa diffusa № 21. — L. R y d y g i e r. Chirurgia moczowodów №№ 22, 23 — M. J e d l i č k a. O torbielach kostnych № 29.—L. R y d y g i e r. Opis preparatu, otrzymanego po zejściu śmiertelnem wskutek krwotoku po uwięźnieniu kości w przełyku № 31.—M. T o b i a s z e k. Dwa wyleczone przypadki pęknięcia macicy № 45. — A. R y d y g i e r. Przyczynek do zranień wątroby № 51.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

W Styczniu r. b. powstał pod kierunkiem lekarskim D-ra Władysława Biesiekierskiego przy ul. Świętokrzyskiej № 28 Zakład mechanoleczniczy gimnastyki szwedzkiej i leczniczej.

Cele zakładu oraz urządzenia jego przedstawiają się, jak następuje.

I Dział mechaniczny:

a) przyrządy wahadłowe do ruchów biernych, czynno-biernych i czynnych przy miarowo wzrastającym oporze we wszystkich stawach kończyny dolnej i górnej.

b) przyrządy do wykonywania pracy fizycznej w celu przyspieszenia ogólnej przemiany materyi i wzmocnienia systemu mięśniowego.

c) przyrządy do miejscowego stosowania gorącego powietrza, oraz miejscowych naświetlań elektrycznych; stosować można jednocześnie.

Wskazania lecznicze: zapalenia, wysięki, zesztywnienia, zwichnięcia stawów; gruźlica stawów i kości. Złamania kości. Osłabienie i zanik mięśni. Porażenia kończyn i oddzielnych mięśni. Lędzwioból, ischias, newralgie; chromanie przestankowe; bóle tabetyczne. Artrytyzm, reumatyzm, otyłość, chroniczne zaparcie i t. d.

II Gimnastyka szwedzka pedagogiczna, prowadzona w obszernej sali, odpowiednio urządzonej i zaopatrzonej we wszelkie niezbędne przyrządy. Wentylacya i oświetlenie elektryczne.

Ćwiczenia mają na celu prawidłowy rozwój organizmu dziecięcego i utrzymania stanu zdrowotnego w organizmie dorosłych, zapobiegają ogólnemu niedorozwojowi i wszelkim zniekształceniom

Komplety gimnastyczne dla dzieci; dla starszych dziewczynek i chłopców; dla kobiet i mężczyzn.

III Gimnastyka lecznicza za pomocą ćwiczeń ogólnych wzmacnia i rozwija osłabiony organizm; za pomocą specjalnych rękoczynów i przyrządów leczy zniekształcenia kręgosłupa, klatki piersiowej i kończyn.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

D-ra Br. Bartkiewicza: Poszukiwania nad przeszczepianiem nowotworów złośliwych z człowieka na zwierzęta. Odbitka z Gaz. Lekars. 1909 — Untersuchungen über Uebertragung der menschlichen bösartigen Geschwülste auf Thiere — odbitka z Zeitschrift für Krebsforschung. — Rana opłucnej, osierdzia i serca, odbitka z Gazety Lek. 1906 — Luxatio carpo-metacarpea, odbitka z Gaz. Lek. 1908. — Zwichnięcie barku zastarzałe, operacya krwawa. Odbitka z Nowin Lek. R.XX Zesz. 9.

Redaktor **Antoni Leśniowski.** Wydawca **Czesław Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.